

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1923-1924 — N° 26

LES SUITES IMMÉDIATES ET ÉLOIGNÉES
DE LA LARYNGECTOMIE TOTALE
POUR CANCER DU LARYNX

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Mercredi 12 Décembre 1923

PAR

Edmé-Eugène-Athanase GOINET

Né le 2 Mai 1897 à CAYENNE (Guyane Française)

Examineurs de la Thèse	{	MM. MOURE, professeur.....	} <i>Président.</i>	
		LAGRANGE, professeur.....		} <i>Juges.</i>
		GUYOT, professeur.....		
		TEULIÈRES, agrégé.....		

BORDEAUX
IMPRIMERIE SAMIE FILS FRÈRES
8, Rue de Cursol, 8

1923

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1923-1924 — N° 26

LES SUITES IMMÉDIATES ET ÉLOIGNÉES
DE LA LARYNGECTOMIE TOTALE
POUR CANCER DU LARYNX

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Mercredi 12 Décembre 1923

PAR

Edmé-Eugène-Athanase GOINET

Né le 2 Mai 1897 à CAYENNE (Guyane Française)

Examineurs de la Thèse	{	MM. MOURE, professeur.....	} <i>Président.</i>	
		LAGRANGE, professeur.....		} <i>Juges.</i>
		GUYOT, professeur.....		
		TEULIERES, agrégé.....		

BORDEAUX
IMPRIMERIE SAMIE FILS FRÈRES
8, Rue de Cursol, 8

1923

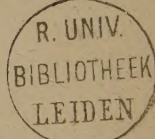
FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. SIGALAS Doyen.

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. LANELONGUE, BADAL, PITRES. ARNOZAN, POUSSON.

PROFESSEURS :



MM.		MM.	
Clinique médicale	VERGER.	Clinique ophtalmologique . . .	LAGRANGE.
id.	CASSAET.	Clinique chirurgicale infantile	
Clinique chirurgicale	CHAVANNAZ.	et orthopédie	DENUCE.
id.	VILLAR.	Clinique gynécologique	BEGOUIN.
Pathologie et thérapeutique		Clinique médicale des mala-	
générales	CRUCHET.	dies des enfants	MOUSSOUS.
Clinique d'accouchements . .	RIVIERE.	Chimie biologique et médicale	DENIGES
Anatomie pathologique et mi-		Physique pharmaceutique . . .	SIGALAS.
croscopie clinique	SABRAZES.	Médecine coloniale et clin.des	
Anatomie	PICQUE.	maladies exotiques	LE DANTEC.
Anatomie générale et histolo-		Clinique des maladies cuta-	
gie	G. DUBREUIL.	nées et syphilitiques	W.DUBREUILH.
Physiologie	PACHON.	Pathologie externe et chirur-	
Hygiène	AUCHE.	gie opérat. et expérimentale	GUYOT.
Médecine légale et déontolog.	N.	Clinique des maladies nerveu-	
Physique biologique et cliniq.		ses et mentales	ABADIE.
d'électricité médicale	BERGONIE.	Clinique d'oto-rhino-laryngol.	MOURE.
Chimie	CHELLE.	Toxicologie et hygiène appli-	
Botanique et matière médicale	BEILLE.	quée	BARTHE.
Pharmacie	DUPOUY.	Hydrologie thérapeutique et	
Zoologie et parasitologie . . .	MANDOUL.	climatologie	SELLIER
Médecine expérimentale	FERRE.		

MM. PRINCETEAU (Anatomie — LABAT (Pharmacie)
CARLES (Thérapeutique et pharmacologie) — PETGES (Vénéréologie).

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

MM.		MM.	
Anatomie et embryologie . . .	VILLEMIN.	Médecine générale	MICHELEAU.
Histologie	LACOSTE	id.	BONNIN.
Physiologie	DELAUNAY.	Maladies mentales	PERRENS.
Anatomie pathologique	MURATET.	Médecine légale	LANDE.
Parasitologie et sciences natu-		Chirurgie générale	ROCHER.
relles	R. SIGALAS	id.	DUVERGEY.
id.	N.	id.	PAPIN.
Physique biologique et médic.	RECHOU.	Obstétrique	PERY.
Chimie biolog. et médicale . .	HERVIEUX.	id.	FAUGERE.
Médecine générale	MAURIAC.	Ophtalmologie	TEULIERES.
id.	LEURET.	Oto-rhino-laryngologie	PORTMANN.
id.	DUPERIE.	Pharmacie	GOLSE.
id.	CREYX.		

COURS COMPLÉMENTAIRES :

MM.		MM.	
Clinique dentaire	CAVALIE	Démonstrations et prépara-	
Médecine opératoire	N.	tions pharmaceutiques . . .	LABAT.
Accouchements	PÉRY	Chimie	N.
Ophtalmologie	CABANNES.	Pathologie interne	N.
Puériculture	ANDERODIAS.	Chimie analytique	N.
		Hygiène appliquée	N.
Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre			
et les infirmes			MM. ROCHER.
Cours complémentaire annexe . — Prothèse et rééducation professionnelle . .			GOURDON.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE VÉNÉRÉE DE MON PÈRE

A LA MÉMOIRE DE MON FRÈRE
LE SOUS-LIEUTENANT HENRIUS GOINET

TOMBÉ AU CHAMP D'HONNEUR
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR
CROIX DE GUERRE

A MA MÈRE

Témoignage d'affectueuse gratitude.

A MES FRÈRES ET SŒURS

A TOUTE MA FAMILLE

A TOUS MES AMIS ET COMPATRIOTES

A MONSIEUR LE MÉDECIN GÉNÉRAL BARTHÉLEMY

DIRECTEUR DE L'ÉCOLE PRINCIPALE DU SERVICE DE SANTÉ

DE LA MARINE ET DES COLONIES

COMMANDEUR DE LA LÉGION D'HONNEUR

OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE



A MONSIEUR LE MÉDECIN PRINCIPAL BROCHET

SOUS-DIRECTEUR DE L'ÉCOLE PRINCIPALE DU SERVICE DE SANTÉ

DE LA MARINE

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

A MES MAITRES ET A MES CAMARADES
DE LA MARINE ET DES COLONIES

A MES MAITRES DE LA FACULTÉ ET DES HOPITAUX

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE
MONSIEUR LE PROFESSEUR E.-J. MOURE
PROFESSEUR DE CLINIQUE D'OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE
A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX
MEMBRE CORRESPONDANT DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
COMMANDEUR DE LA LÉGION D'HONNEUR
OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE
GRAND-CROIX DE L'ORDRE D'ISABELLE LA CATHOLIQUE
COMMANDEUR DE L'ORDRE D'ALPHONSE XIII

AVANT-PROPOS

Avant de quitter l'Ecole de Bordeaux pour les longues randonnées coloniales, il est pour nous un devoir agréable à remplir : celui de dire notre reconnaissance à tous nos Maîtres de la Faculté.

Tous nous ont témoigné la plus grande bienveillance. Qu'ils en soient, ici, remerciés.

Nous gardons particulièrement un précieux souvenir des stages que nous avons accomplis dans les services des Professeurs Moussous, Chavannaz, Abadie et du Professeur agrégé Mauriac. Nous n'aurons garde d'oublier leurs belles leçons et leur exemple, et si un jour il nous est permis de rendre service à un malade qui souffre, ce sera grâce aux principes qu'ils nous ont inculqués.

Que Monsieur le Professeur Moure veuille bien accepter notre plus sincère remerciement.

Pendant tout le temps que nous avons passé dans son service, nous n'avons cessé d'être émerveillé de la façon dont cet éminent Maître savait rendre son enseignement si vivant et descendre jusqu'aux moindres détails pour faire comprendre aux débutants cette belle science qu'est l'oto-rhino-laryngologie.

En acceptant de présider la soutenance de notre thèse, il nous fait un grand honneur. Nous voudrions que ce travail fut digne de lui, mais notre expérience est encore jeune; cependant nous avons fait de notre mieux pour lui donner satisfaction et serions heureux si nous avions atteint ce but.

Pour terminer, nous remercierons Messieurs les Docteurs Portmann, Moreau, Nouailhac, qui nous ont aimablement communiqué plusieurs documents.

INTRODUCTION

Depuis quelque temps, la question du traitement du cancer du larynx est de nouveau à l'ordre du jour. L'introduction, dans cette thérapeutique, des agents physiques (radium et rayons X) semble, en effet, vouloir bouleverser les conceptions admises jusqu'ici.

L'année dernière, au X^e Congrès international de laryngologie, le sujet a été longuement débattu. MM. Regaud et Hautant, d'une part, Douglas Quick et E. M. Johnson, de l'autre, ont présenté l'état actuel de la thérapeutique nouvelle. Mais de l'exposé des rapporteurs et de la discussion qui a suivi, il ne se dégage point de conclusions bien nettes. C'est qu'en effet, le radium et les rayons X sont encore à la période expérimentale et leurs résultats sont très inégaux; d'autre part, leur emploi est trop récent, et par conséquent, le recul du temps n'est pas suffisant pour qu'on puisse juger sainement de leur valeur exacte : aussi la plupart des congressistes sont-ils restés sur leurs positions et la majorité des spécialistes continue à donner la préférence à l'intervention chirurgicale. La raison en est que la laryngectomie totale est arrivée, à l'heure actuelle, à un haut degré de perfectionnement et, faite dans les conditions que nous préciserons plus loin, elle donne des succès tout à fait encourageants. Aussi ayant eu l'occasion d'assister à quelques opérations pratiquées par le Professeur Moure, nous a-t-il semblé intéressant d'en étudier les suites et d'indiquer les résultats qu'on en obtient.

Notre travail comprendra six parties :

1° Dans un premier chapitre nous rappellerons quelques

notions essentielles sur le cancer du larynx et fixerons les indications de la laryngectomie totale.

2° Dans un second chapitre, après quelques brèves lignes sur l'historique de l'opération, nous décrirons, résumée, la dernière technique du Professeur Moure.

3° Dans la troisième partie nous publierons nos observations et tâcherons de dégager les suites immédiates de l'intervention.

4° Le chapitre IV sera consacré à l'étude des suites éloignées de l'opération.

5° Dans le chapitre V nous exposerons quelques considérations sur la parole chez les laryngectomisés.

6° Enfin nous donnerons nos conclusions.



CHAPITRE PREMIER

Du cancer du larynx

Indications de la laryngectomie totale

Au niveau du larynx on rencontre deux sortes de tumeurs malignes : l'épithélioma et le sarcome. Le premier est, de beaucoup, le plus fréquent, dans la proportion de 80 à 90 % des cas.

D'une façon générale l'épithélioma se voit de 50 à 60 ans, tandis que le sarcome naît surtout chez les sujets jeunes.

Comme pour les autres cancers, on ne sait rien de bien précis sur l'étiologie du cancer du larynx : tout au plus peut-on dire que les abus de la voix, le tabagisme, l'alcoolisme, l'arthritisme, la syphilis, les inflammations chroniques du larynx, prédisposent à l'éclosion d'un cancer au niveau de l'organe vocal.

Au point de vue de leur localisation, les tumeurs malignes du larynx se divisent : en cancers endolaryngés et en cancers exolaryngés.

Les premiers sont deux à trois fois plus fréquents que les seconds. Les épithéliomas intrinsèques naissent dans toutes les parties du larynx contenant un élément épithélial (muqueuses ou glandes). Leur siège initial le plus habituel est la région glottique et ce sont les cordes vocales qui sont le plus souvent atteintes, surtout dans leur partie antérieure. Les autres localisations, moins fréquentes, se font au niveau des bandes ventriculaires et du ventricule de Morgagni.

Quant au cancer sous-glottique, d'aucuns le prétendent rare, mais cela vient-il peut-être de la difficulté du diagnostic.

Dans son évolution, l'épithélioma intrinsèque présente un certain nombre de caractères constants.

Ainsi il reste longtemps localisé au côté du larynx où il a pris naissance, s'étendant en hauteur, gagnant peu à peu les parties supérieures du larynx qu'il arrive parfois à déborder. Cependant cette unilatéralité n'est point indéfinie, le côté opposé est envahi à son tour — la propagation se faisant surtout par la région postérieure — et il peut arriver un moment où, si le malade n'est pas traité à temps, tout l'organe vocal, même les cartilages, est infiltré par la néoformation. Mais, nous le répétons, cette évolution est lente et ce n'est que très tard que les tissus environnants sont envahis.

Particularité à souligner et sur laquelle le Professeur Moure insiste, l'endolarynx est peu riche en lymphatiques, ainsi que le Professeur Cunéo l'a montré; aussi l'adénopathie qui pourrait mettre sur la voie du diagnostic est-elle généralement tardive. Parfois elle manque tout à fait.

Les épithéliomas extrinsèques, plus rares que les premiers, peuvent être primitifs ou secondaires. Ils débent le plus souvent par l'épiglotte, ensuite sur les replis aryténo-épiglottiques et la région aryténoïdienne. De là ils envahissent très vite les tissus environnants, pharynx, œsophage,

De bonne heure les ganglions sont pris. Ils sont d'abord parfois base de la langue.

mobiles, mais très tôt il se forme de la périadénite qui englobe dans un même bloc, dur, immobile et parfois ulcéré, la peau, les muscles, les ganglions, les nerfs et les vaisseaux.

Au point de vue anatomo-pathologique les épithéliomas du larynx se divisent en *pavimenteux* (lobulés ou tubulés, naissant aux dépens de l'épithélium pavimenteux de la corde vocale), et en *cylindriques*, se divisant eux-mêmes en baso et en spino-cellulaires, se développant sur les autres parties de la muqueuse laryngée. Enfin on peut rencontrer

aussi la forme *carcinomateuse* dont la malignité est toute particulière.

Les sarcomes, rares, nous le répétons, peuvent être à petites ou à grandes cellules.

Quoiqu'il en soit, une fois constituée, la néoplasie laryngée se manifeste par une série de symptômes parmi lesquels il en est deux auxquels le Professeur Moure attribue une valeur diagnostique capitale : ce sont les hémorragies spontanées et les douleurs spontanées aussi, s'irradiant souvent vers l'oreille correspondante.

Un troisième signe, moins important, est la dysphonie.

Ces trois signes doivent inciter le médecin à faire un examen endoscopique. D'ailleurs, la simple dyphonie, tenace, rebelle, chez une personne ayant dépassé 40 ans, doit faire ouvrir l'œil et pousser le médecin à en chercher la cause exacte.

Cependant, pour conclure à l'existence d'un cancer, il ne suffit pas de constater la présence d'une tumeur même bourgeonnante et saignante, ou d'une ulcération ; il est indispensable, en outre, de faire une prise biopsique au niveau de la lésion et ce n'est qu'après la réponse du laboratoire que le spécialiste peut conclure fermement et décider une intervention.

Tous les cas ne sont pas justiciables de la même conduite, aussi sommes-nous amenés tout naturellement à préciser quelles sont les indications de la laryngectomie totale.

Notre tâche sera aisée car nous nous bornerons à reproduire les conclusions d'un excellent article du Professeur Moure (*Revue de laryngologie*, 15 janvier 1920).

Indications de la laryngectomie totale

A) La laryngectomie totale est indiquée toutes les fois que l'on est en présence d'une tumeur maligne née dans l'intérieur du larynx, ayant débordé les cordes vocales et, à plus forte raison, étant en dehors de ces rubans.

Il est préférable d'opérer avant que la tumeur, ayant tendance à s'extérioriser, ait traversé le cartilage thyroïde, et

par conséquent, déterminé des symptômes d'infection qui sont déjà le prélude de l'invasion ganglionnaire qui ne tardera pas à s'installer.

Par conséquent, il faut opérer, si possible, dès que le diagnostic de tumeur maligne est certain, c'est-à-dire bien avant que la trachéotomie ne devienne indispensable pour assurer la respiration du malade.

B) Si la tumeur est limitée à l'un des côtés du larynx, il est préférable de faire la laryngectomie totale qui n'est guère plus mutilante que l'hémilaryngectomie et qui a l'avantage de donner plus de sécurité pour l'avenir.

C) Si la tumeur est diffuse, ayant envahi l'entrée de l'œsophage, à plus forte raison si elle est extériorisée du côté des ganglions, l'intervention semble être assez illusoire, et malgré les heureux cas rapportés par certains auteurs, la récurrence est presque toujours la règle en pareil cas.

Dans les formes carcinomateuses toujours diffuses et infiltrantes, le pronostic est extrêmement sévère, et la récurrence est de règle.

D) En dehors des tumeurs malignes de l'organe vocal, le chirurgien n'est pas autorisé, ce semble, à pratiquer l'ablation du larynx. Ce n'est, en effet, ni dans le cas d'une tuberculose, ni dans celui d'une syphilis du larynx, que pareille conduite est justifiée.

Donc, il faut réserver aux seules tumeurs malignes, et de préférence aux intrinsèques, la suppression totale de l'organe vocal.

Les contre-indications viennent surtout des diverses diathèses (diabète en évolution, artério-sclérose), les lésions du cœur, du foie, des reins, la fièvre, la cachexie, l'âge avancé, les complications broncho-pulmonaires.

L'existence de ganglions n'est pas une contre-indication formelle, à condition qu'ils soient unilatéraux et pas trop volumineux.



CHAPITRE II

Historique et technique de la laryngectomie

L'historique de la laryngectomie étant à l'heure actuelle universellement connue, nous nous contenterons d'en indiquer les dates essentielles.

C'est Albers, de Bonn, qui le premier en 1829, tenta d'extirper le larynx chez des chiens; les animaux moururent; 41 ans plus tard, Czerny, de Vienne, reprit ces expériences mais avec le même insuccès. Dans le même temps, Watson enleva un larynx atteint de rétrécissement syphilitique, mais le patient succomba. Enfin, en 1873, Billroth pratiqua la première laryngectomie totale pour cancer chez l'homme : le malade survécut.

Devant ce résultat encourageant, de toutes parts on tenta l'exérèse de l'organe vocal atteint de cancer. Mais dans ces temps où l'asepsie n'était même pas soupçonnée, des désastres nombreux vinrent désoler les plus entreprenants : les malades mouraient dans une telle proportion, que le discrédit fut jeté sur l'opération; on n'eut plus recours qu'aux interventions partielles et Schwartz, dans sa thèse d'agrégation, condamnait presque la laryngectomie totale, en tout cas ne la reconnaissait que comme une méthode d'exception.

Cependant les chercheurs ne se décourageaient pas, bien au contraire, Périer étudiait et mettait au point la technique de l'opération en un temps. Vers 1890 le Professeur Moure préconisait la suture des parois pharyngo-œsophagiennes pour séparer la plaie du milieu septique buccal. Ce fut un progrès considérable et le nombre des morts baissa de façon

sensible. Toutefois il restait encore assez élevé; on essaya alors un nouveau procédé et grâce aux travaux de Réal, Le Bec, Sébilleau, Lombard, on adopta l'opération en deux temps, c'est-à-dire avec trachéotomie préalable, afin de tâter pour ainsi dire la résistance du malade et habituer la trachée à son nouveau mode de fonctionnement. Ce procédé rallia les suffrages de la majeure partie des opérateurs et est encore pratiqué couramment de nos jours. Cependant vers 1912, Glück inventa une nouvelle méthode et tout dernièrement, en 1921, le Professeur Moure, en collaboration avec son chef de clinique, le Docteur Portmann, a repris l'opération en un temps, l'a modifiée et perfectionnée et c'est sa technique que nous allons brièvement décrire.

TECHNIQUE OPÉRATOIRE

L'opération se fait en un temps, c'est-à-dire sans trachéotomie préalable.

Le malade reçoit d'abord une injection de 1 cm³ de morphine, puis on pratique l'anesthésie loco-régionale à l'allocaïne, la scurocaïne, la syncaïne ou tout autre succédané de la novocaïne en solution de 1 pour 200, additionnée de V gouttes d'adrénaline à 1/1000^e pour 25 cmc.

L'opéré est dans le décubitus horizontal, un drap roulé est placé sous les épaules pour tendre la région cervicale antérieure: la tête, défléchie, est maintenue pendant toute l'opération par un aide.

L'opération proprement dite comprend plusieurs temps :

- 1° Incision cutanée et section des muscles sous-hyoïdiens;
- 2° Libération du larynx en avant et sur les côtés;
- 3° Section de la trachée;
- 4° Décollement du larynx en arrière;
- 5° Section de ses insertions supérieures;
- 6° Ligature des pédicules;
- 7° Réfection de la paroi pharyngo-œsophagienne; ;
- 8° Suture des plans superficiels.

Nous ne décrivons pas tout au long ces divers temps, nous ferons simplement ressortir les particularités de la technique du Professeur Moure et signalerons les temps principaux de l'opération.

a) Au lieu de faire deux volets symétriques à charnière latérale, par une incision verticale et médiane, le Professeur Moure trace son incision verticale, sur les côtés du cou, à droite ou à gauche, suivant la position de l'opérateur. La peau est ensuite sectionnée suivant deux lignes horizontales, l'une longeant le bord inférieur de l'os hyoïde, l'autre passant au niveau du premier anneau trachéal. Le lambeau ainsi obtenu est de forme quadrangulaire et possède un large pédicule.

b) Les muscles sous-hyoïdiens sont sectionnés et enlevés en grande partie, mais pas en totalité.

c) La trachée est sectionnée, dès que le larynx a été mis à nu, et l'organe vocal est libéré de bas en haut, contrairement à la pratique de la plupart des opérateurs qui font la libération de haut en bas, et n'ouvrent la trachée qu'au dernier moment. Les pédicules vasculaires sont ensuite soigneusement liés au catgut et par transfixion.

d) La réfection de la paroi œsophago-pharyngienne est pratiquée de façon très attentive, non plus à la soie ordinaire comme autrefois, mais au catgut chromé, qui est lentement résorbable. On a soin de passer une sonde œsophagienne bien perméable par la fosse nasale gauche, avant que la suture soit achevée.

e) Des mèches de gaze iodoformée sont placées au niveau des pédicules vasculaires et on suture le lambeau cutané; auparavant, la trachée légèrement décollée de 2 m/m environ en arrière, est suturée à la partie moyenne de la ligne inférieure d'incision cutanée.

f) Une canule de Lombard est placée dans la trachée et l'on fait un pansement occlusif, un peu serré. L'opération est alors terminée et le malade, chaudement couvert, est porté dans une chambre spéciale dont l'atmosphère sera

constante et maintenue à 18 degrés environ et dans laquelle on fera des vaporisations humides.

Que deviennent ces opérés ? C'est ce que nous allons savoir par l'étude des observations que nous exposerons maintenant.



CHAPITRE III

OBSERVATION I

(in-thèse MILHADE)

G. S..., 62 ans, employé de commerce.

Se présente à la consultation le 7 janvier 1920, accusant une grande difficulté à parler et quelques douleurs spontanées au niveau du larynx. Le début de ces troubles remonte à deux mois et une tumeur aurait été perceptible peu après sur le côté droit du cou.

A l'examen laryngoscopique on constate à droite une dégénérescence en chou-fleur et saignante, de l'aryténoïde du repli ary-épiglottique latéral et de la face exolaryngée de l'épiglotte. Pas d'adénopathie.

Biopsie. Epithélioma pavimenteux tubulé à cellules basales.

Le 12 janvier 1920 : Trachéotomie (D^r Portmann).

Le 26 janvier 1920 : Opération. Laryngectomie totale (Professeur Moure). Ancienne technique (incision en T). Pas d'incidents opératoires.

Suites opératoires :

26 janvier, soir : Le malade souffre de la tête, transpire, est fatigué. La température est normale. Son pouls aussi.

27 janvier : Premier pansement. L'état local et l'état général sont également bons.

28 janvier : On commence à enlever les mèches.

29 : La partie inférieure est complètement déméchée.

30 : On fait sauter deux points de suture au niveau de la contre-incision qui est cicatrisée et l'on constate l'élimination d'un petit paquet de sphacèle au niveau de la fistule œsophagienne qui a néanmoins très bon aspect.

4 février : Il se produit encore une élimination d'un peu de sphacèle.

5 février : La plaie est largement désunie, mais elle est rose, propre, a bon aspect. La période de sphacèle est terminée. Les points latéraux tiennent encore.

A ce moment le malade présentant des accidents d'intoxication iodoformée (agitation, surtout nocturne, hoquet), on supprime la gaze iodoformée et on lui administre une purgation.

7 février : Le hoquet persistant, on enlève chaque soir la sonde qui n'est remise que pendant la journée.

4 mars : On ne met plus la sonde qu'au moment des repas : il ne reste plus qu'un hiatus pharyngé communiquant avec l'extérieur qui se ferme rapidement.

15 mars : La plaie est presque complètement fermée : il ne reste plus qu'une fissure de 3 cm. de longueur sur 2 m/m de largeur. L'état général est excellent.

28 mars : Il ne reste plus qu'une petite plaie de 3 cm. de longueur en voie de cicatrisation; on signe au malade sa feuille de sortie.

Le 29 janvier 1921 : Le malade se présente à la consultation, montrant une petite fistule au niveau de la partie supérieure de la plaie opératoire. Il est admis à l'hôpital pour autoplastie secondaire.

Le 3 février : On constate de chaque côté de la ligne d'incision et à sa partie moyenne, deux ganglions mobiles pas douloureux. Le Docteur Portmann opère l'autoplastie secondaire et referme la fistule par avivement de ses bords, décollement de l'œsophage, suture de celui-ci à la soie après inversion en dedans. Puis deux lambeaux cutanés sont taillés de part et d'autre de la fistule, le premier servant de plan de rabattement est suturé face cruentée en dehors, le second est glissé au-dessus de lui et suturé au-delà des surfaces avivées par points séparés aux crins de Florence.

Le 7 février : On enlève un point de suture.

Le 20 février : L'exeat est donné au malade qui est complètement guéri.

Le malade a donné de ses nouvelles en août 1923. Il est en parfait état.

OBSERVATION II
(in-thèse MILHADE)

M... Jean, 62 ans, cultivateur.

Le malade se présente à la consultation le 17 novembre 1920, parce qu'il est enroué depuis le mois de janvier de l'année courante et que son enrouement augmente progressivement. Il n'a pas de douleurs spontanées.

A l'examen endoscopique on remarque une saillie volumineuse d'aspect granuleux occupant tout le côté gauche du larynx qui est immobile. Le pharynx est normal.

Pas de modifications de la surface extérieure de l'organe vocal. La crépitation laryngée est conservée.

Biopsie : Epithélioma pavimenteux lobulé.

Le 22 novembre : Opération. Laryngectomie totale (Professeur Moure). Technique habituelle. Pas d'incidents opératoires.

Suites opératoires :

Dans les heures qui suivent l'opération, le malade ne présente rien de particulier du côté de la canule, mais crache continuellement du pus par la bouche.

24 novembre : Le pansement ne présente rien de particulier.

25 : L'état général est bon. Le lambeau est très bien nourri, on enlève de chaque côté, les mèches. Il sort un peu de sérosité louche de chaque côté ainsi que sur le trajet gauche.

26 : On enlève les mèches, celles d'en bas donnent un peu de suintement : celles du haut laissent s'écouler une sérosité louche.

27 : On supprime les deux mèches du bas qui sont propres. Le drainage ne se fait plus que par les deux mèches du haut. Le lambeau est en excellent état.

30 : Le pédicule externe gauche donne très peu. Seul, le pédicule externe droit draine la plaie et laisse s'écouler la salive. A la partie inférieure on ne constate pas de décollement.

3 décembre : Les soies œsophagiennes tiennent encore, même celles du pourtour de la trachée. On enlève quelques points de suture. On supprime la mèche du pédicule supérieur gauche.

5 : A la suite du pansement le malade fait une hémorragie

grave de sang veineux. Elle est arrêtée par compression de la plaie.

7 : Le clapier supérieur trachéal persiste toujours, mais la plaie se ferme. On ne met la mèche que du côté droit après avoir pulvérisé du chlorure de zinc à 1/10 sur le pédicule.

9 : On fait une toilette complète de la plaie et on enlève la sonde œsophagienne.

13 : Il ne reste plus rien à la partie inférieure. Il y a une bonne épidermisation autour de la trachée. Il ne reste plus qu'une seule fistule trachéale.

16 : Le malade va très bien et l'orifice se ferme de plus en plus.

17 : La fistule du pédicule gauche est fermée; celle du côté droit persiste.

20 : Le malade continue à aller bien.

224 : On enlève la sonde et on ne la replace qu'au moment des repas.

30 : La plaie œsophagienne semble se refermer. Bon état général.

17 janvier 1921 : La plaie œsophagienne quoique persistante, étant dans un excellent état, le Professeur Moure fait une œsophagoplastie. On avive les bords de la plaie, on décolle l'œsophage sur ses parties latérales et on fait une suture partielle du conduit au catgut. La plaie est suturée ensuite complètement aux crins.

21 : Un point inférieur a lâché.

25 : Les crins sont enlevés. L'orifice est presque fermé. Pansement sec.

30 janvier : Exeat. Le malade est guéri.

Novembre 1923 : La guérison se maintient. Pas de récurrence. Le malade est en excellent état.

OBSERVATION III

(Service du Professeur MOURE)

S... François, convoyeur, 58 ans.

Le malade vient à l'hôpital de 30 avril 1921, parce qu'il se plaint de douleurs spontanées au larynx, retentissant à l'oreille droite.

A l'examen endoscopique, tumeur bourgeonnante occupant la bande ventriculaire et le repli ary-épiglottique droits. Cette tumeur est formée de petits mamelons peu rosés.

Biopsie. Epithélioma spino-cellulaire.

Le 9 mai 1921 : Opération. Laryngectomie totale. Technique habituelle. Pas d'incidents opératoires.

Suites opératoires :

10 mai : Le malade va bien.

11 : Le lambeau est un peu violacé à son extrémité. On trouve une petite phlyctène au niveau de l'articulation sterno-claviculaire droite. Pansement humide chaud.

13 : Pansement (P^r Moure). La plaie va bien. Ablation de la mèche inférieure droite et gauche. Le lambeau est violacé sur ses bords externes surtout à l'angle supérieur droit.

14 : On commence les pansements bi-quotidiens. Ablation de la première mèche. De la salive passe par la mèche supérieure droite. Mise en place d'une mèche iodoformée. Ablation de quelques points de suture.

15 : Il y a un sillon d'élimination au lambeau, à la partie médiane. Mise en place de drains.

16 : Le sillon se sphacèle. Pansements bi-quotidiens.

17 : Pansement. Le sphacèle a légèrement augmenté. On ébarbe la plaie aux ciseaux, enlevant les points sphacelés. A la partie postérieure de la trachée il y a également un peu de sphacèle. Suppression des drains. Pansements à l'eau oxygénée. Traumatol.

20 : La trachée est un peu descendue. Il reste cependant les crins qui l'attachent à la peau. La plaie commence à bourgeonner. Pansement à l'eau oxygénée.

26 : Ablation des points de suture péri-trachéaux.

27 : La plaie va bien. Le sphacèle a disparu. Le lambeau est rétracté. L'œsophage est complètement à nu. Pansement sec.

4 juin : La plaie se rétrécit de plus en plus. Il ne reste plus que la fente à travers laquelle l'œsophage apparaît sur 2 cm. $\frac{1}{2}$ de large au niveau de la trachée qui est épidermée. Pansement. On crayonne la plaie au nitrate d'Ag.

9 : Pansement. La plaie continue à se rétrécir. La circonférence trachéale est en très bon état : un peu de pus bleu.

25 : Pansement à l'éther. Chlorure de zinc sur les bourgeons. Toujours du pus bleu.

1^{er} juillet : Le pus bleu a disparu. La plaie va bien et diminue de plus en plus.

21 juillet : Plastique (D^r Portmann).

23 : Le malade va bien.

27 : Une petite fistule s'est formée, deux soies ayant lâché.

30 : Les autres soies tiennent. La plaie a bon aspect.

1^{er} août : Les soies sont éliminées. La fistule persiste.

17 : On supprime la mèche et on fait avaler au malade des liquides et des bouillies épaisses. A la déglutition les aliments refluent par la fistule.

22 : La plaie est guérie, la fistule tarie, le malade va bien.

23 : La fistule est réouverte à la partie inférieure. Cautérisation au nitrate d'Ag.

27 : Exeat. Le malade est à peu près guéri.

17 novembre : Le malade revient à l'hôpital du Tondu. A part une arythmie assez marquée, il présente un bon état général, mais on remarque que sa canule trachéale est trop longue et qu'il s'est formé autour de son orifice inférieur des bourgeons obstruant, à l'heure actuelle, la trachée. La respiration est gênée et le malade a par moments des crises d'asphyxie. On fait un vigoureux badiageonnage au chlorure de zinc et on met une canule plus courte.

23 novembre : Les bourgeons se reforment, faisant obstacle.

24 : Curettage et écouvillonnage au chlorure de zinc. On place une canule un peu plus courte. Le malade dit encore être gêné mais la respiration est meilleure.

L'examen des bourgeons ne décèle aucune trace de tissu néoplasique.

26 : La gêne respiratoire persistant, avec une fâcheuse répercussion sur l'état général, on met dans la trachée un long tube de laryngectomie qui dépasse la région enflammée et comprime les bourgeons.

27 : Le malade respire bien, paraît content. On enlève de temps en temps le tube pour le nettoyer.

5 décembre : La trachée paraissant normale, on se décide à détuber le malade et à mettre en place une canule.

17 : Il persiste un peu de tirage. A l'examen trachéoscopique les bourgeons se reforment. Badigeonnage au chlorure de zinc.

28 : Le malade respire mieux.

2 janvier 1922 : Quelques petits bourgeons ont tendance à se former.

8 : Va bien.

15 : Le même bourgeonnement se reproduit autour de la canule. Respiration difficile. Chlorure de zinc.

19 : Crise d'asphyxie pendant la nuit. Le bourgeonnement s'épaissit et obstrue presque toute la trachée. On est obligé de tuber le malade après un vigoureux écouvillonnage au chlorure de zinc. Le tube 42 a grand'peine à franchir l'obstacle.

22 : Le malade respire bien et la trachée se désobstrue.

27 : On change le tube contre un 46 introduit sans difficulté.

10 février : On enlève le tube et on place une canule spéciale pour laryngectomie n° 4.

15 : Trachéoscopie inférieure. Le bourgeonnement se reforme, concentrique, malgré la petite longueur de la canule. On tube à nouveau le malade (tube n 42).

22 : On essaie derechef la canule spéciale pendant quelques jours.

24 : Nouvelle gêne respiratoire. Le bourgeonnement se reproduit, on enlève la canule et on replace le tube 44.

10 mars : Le malade va bien. On raccourcit le tube, sans inconvénients.

21 : A la trachéoscopie le bourgeonnement se reproduit, à l'extrémité inférieure du tube, diminuant du tiers la lumière de la trachée. On essaie une canule en ébonite n° 3.

25 : Le calibre de la canule, trop petit, occasionne du tirage. Mise en place d'un tube pour dilater la trachée.

2 avril : On replace la canule en ébonite.

4 : On supprime la canule. A l'examen de la trachée, il paraît y avoir une zone inflammatoire au tiers supérieur de la longueur, provoquée par le frottement de la canule. Le tube, plus long, dépasse cet endroit.

16 : On place un tube n° 49, introduit sans difficulté.

22 : Le malade est tout à fait bien, mais il gardera définitivement le tube.

23 avril : Traseat aux convalescents.

Le malade a été revu au mois de novembre 1923. Il est en excellente santé et ne présente aucune récurrence.

OBSERVATION IV

(Service du Professeur MOURE)

S... Albert, 50 ans, peintre.

Le malade est aphone depuis un mois et demi ou deux. Quelques douleurs spontanées au niveau du larynx. Il se présente à la consultation du Professeur Moure le 20 juillet 1921.

A l'examen endoscopique, on constate sur le côté gauche du larynx, une dégénérescence morbide, fongueuse, pâle avec immobilité de l'aryténoïde correspondant.

Biopsie. Epithélioma pavimenteux lobulé.

Le 28 juillet 1921 : Opération. Laryngectomie totale. Pas d'incident opératoire. A noter simplement que l'on constate que la tumeur a débordé sur l'œsophage dont on est forcé de réséquer une partie assez importante, ce qui crée une large brèche.

Suites opératoires :

28 juillet : Soir, température, 38°3.

29 juillet : Bon état général; température, 38°.

30 : Premier pansement. Va bien.

1^{er} août : On change les mèches. Pas de sphacèle.

2 : Fistule œsophagienne.

3 : La suture œsophagienne lâche.

5 : Large communication avec la partie postérieure de la trachée.

6 : Le sphacèle est presque éliminé. Bon aspect de la plaie. Bon état général. Température, 37°8.

10 : La plaie se désunit de plus en plus. Pansements bi-quotidiens. Un pont de peau persiste à la partie supérieure et amorce la réunion secondaire.

15 : La désunion semble arrêtée.

17 : Le bourgeonnement commence. La brèche diminue sensiblement.

23 : Un peu de suppuration persiste, mais la brèche diminue.

2 septembre : La réparation continue. Le malade va bien.

15 : Etat stationnaire.

1^{er} octobre : L'état restant encore stationnaire on décide une plastique.

3 : Plastique œsophagienne (Professeur Moure).

15 : La plaie a bon aspect, le malade va bien.

22 : Les soies tiennent, rien ne passe par l'ancienne fistule.

6 novembre : Le bon résultat se maintient.

25 : A la partie supérieure de la plastique trois points ont sauté dans un accès de toux, alors qu'on voulait introduire une canule plus longue, laissant une brèche assez large.

26 : La brèche se comble un peu.

10 décembre : La brèche est presque comblée en totalité, grâce aux pulvérisations quotidiennes d'eau bouillie.

20 : Le progrès s'accroît. On continue le traitement.

5 janvier 1922 : Il persiste un petit orifice non comblé, malgré les pulvérisations.

9 : Nouvelle plastique pour combler le petit déficit.

10 : Le malade va bien. Température, 37°5.

11 : Pansement. Il persiste une petite fistule à la partie supérieure du lambeau par où passe la salive.

12 : Pansements bi-quotidiens. Une fois par jour, pulvérisation de Dakin sur la plaie.

14 : Le déficit s'est agrandi, il y a un peu de sphacèle. L'orifice est même plus grand que la fistule avant l'opération. Pansements bi-quotidiens et pulvérisation. Température et pouls normaux.

16 : Nouvelle fistule à la partie inférieure du lambeau, mais la plaie bourgeonne, grâce aux pulvérisations de Dakin.

21 : Le bourgeonnement continue et la brèche se comble très rapidement en haut et en bas. Pulvérisations de sérum physiologique et d'alcool.

28 : Il reste un orifice grand comme une tête d'épingle.

29 : L'orifice est comblé. Pansement sec.

2 février : Commence à manger normalement, sans incident.

5 : Exeat. Le malade est guéri.

Le malade a été revu le 14 novembre 1923. Il est en parfaite santé, a engraisé, est content de son sort. Il ne présente aucune récurrence ni locale, ni distante.

OBSERVATION V

(Service du Professeur MOURE)

E... Marcel, 56 ans, peintre.

Le malade vient consulter le 21 mars 1922 parce qu'il a des douleurs à la déglutition, une sensation de gêne à la gorge. Il est enrhumé et ressent des douleurs qui s'irradient à l'oreille.

A l'examen endoscopique, du côté droit du larynx on constate au niveau de la base de l'épiglotte, dans la région ary-épiglottique et sur l'aryténôïde et même empiétant sur la bande ventriculaire une tumeur d'aspect rougeâtre, bourgeonnante, faisant un peu saillie dans l'intérieur du larynx.

Petit ganglion dans la région carotidienne droite. Crépitation laryngée disparue à droite.

Biopsie. Epithélioma baso-cellulaire.

Le 27 mars 1922 : Opération. Laryngectomie totale (Docteur Portmann). Technique habituelle. On constate simplement que la tumeur est très étendue, intéressant même une partie de la paroi pharyngée, dont on est forcé de réséquer une partie. On enlève aussi l'épiglotte malade. Il en résulte une large brèche; cependant l'opération se termine sans incident.

Suites opératoires :

27 mars soir : Le malade ne paraît pas fatigué. Température, 36°2; pouls, 96. Huile camphrée, 15 cc. Caféine, 2 cc.

21 : Nuit bonne. Température, 37°5; pouls, 120. Pansement. Bon aspect de la plaie qui ne saigne pas. Expectore peu. On lui donne du champagne et des laitages.

Soir : Température, 37°2; pouls, 116, bien frappé. Huile camphrée, 20 cc. par jour; caféine, 2 cc. Goutte à goutte rectal de sérum adrénaliné.

29 : Matin : Température, 36°8; pouls, 124. Pansements bi-quotidiens avec pulvérisations de sérum sucré. Soir : Température : 37°5; pouls, 124.

30 : Ecoulement liquide, mais fétide, par le nez. Pommade Moure. Régime alimentaire : bouillie, œufs, vin, eau de Vichy. Pansement. Ablation des mèches pas fétides. Un peu de réaction inflammatoire à la partie inférieure. Pansement humide. Les soies œsophagiennes à droite et à gauche assurent le drainage. Le malade paraît somnolent.

31 : Température, 38°2; pouls, 110. Dans l'interstice des points, à la partie supérieure, petit orifice qui laisse couler des mucosités assez liquides, de la sérosité et un peu de salive. Pulvérisations bi-quotidiennes à l'eau oxygénée et au Dakin.

Huile camphrée, 10 cc. Sérum rectal adrénaliné, 250 cc.

1^{er} avril : Température, 37°2. La plaie paraît en bonne voie. Toutefois le pansement est très fétide. On est obligé de le faire quatre fois par jour. A la partie inférieure, après avoir fait sauter un point, mise en place d'une mèche iodoformée.

2 : A la partie supérieure, on agrandit l'orifice déjà mentionné en faisant sauter un point. La salive coule assez abondamment. Il semble y avoir un peu de sphacèle à la partie inférieure. Mèche. Par contre, en bas, au niveau du pédicule inférieur droit, érythème; on pénètre dans l'intérieur à ce niveau de façon à drainer largement par une mèche imbibée au Dakin et changée à chaque pansement. Ecoulement profus, muco-purulent. Pansement encore fétide. Il semble y avoir une communication avec la partie supérieure de la trachée.

Quelques soies s'éliminent facilement, surtout à gauche; celles de droite tiennent encore bien. Rien de particulier du côté pulmonaire. Le malade est souvent somnolent.

Matin : Température, 37; pouls, 92. Soir : température : 37°4; pouls, 100. Il s'alimente bien.

3 : Pansement. Amélioration. La fétidité diminue. La plaie trachéale est très enflammée par l'humidité persistante, entretenue par l'écoulement. Peroxyde de zinc. Huile camphrée sous-cutanée.

4 : Matin : Température, 37°4. La plupart des soies de gauche et la moitié à droite sont éliminées, de même que les points. Ablation de ceux qui restent. La communication citée plus haut paraît plus grande. On la comble avec une mèche iodoformée. Rien aux poumons.

Analyse des urines : albumine, 0 fr. 08; glucose, 4 gr. 30; urée, 32 gr. 50 par litre.

Au pansement, rien de particulier, si ce n'est que la brèche de la partie supérieure s'est considérablement agrandie. L'œsophage est à nu. On voit la sonde œsophagienne sur un parcours de 5 à 8 cm. A la partie inférieure la désunion existe aussi, mais moins grande.

Vers le soir, le malade présente une forte obnubilation, du relâchement des sphincters et surtout essaye de se lever à plusieurs reprises. On pense à une intoxication iodoformée. Les mèches sont supprimées, les reins lavés à l'eau de Vichy à haute dose et le lendemain matin tout rentre dans l'ordre.

5 : Température, 36°6; pouls, 116. Le malade est calme, moins somnolent: Psychisme normal. Pansement 4 à 5 fois par jour.

6 : Depuis quelques jours, 15 cc. d'huile camphrée par 24 h. Au pansement la désunion paraît augmenter. Le pont cutané qui reste semble se rétrécir. Un peu de sphacèle. On reprend l'alimentation normale suspendue pendant deux jours, à cause de l'intoxication iodoformée.

7 : Température, 39°; pouls, 124. La nuit a été mauvaise. Dyspnée très forte. Relâchement des sphincters. Le malade paraît obnubilé. Très mauvais facies. Transpiration abondante.

A la percussion du thorax on note une mâtité des bases, surtout à gauche. A l'auscultation on entend une pluie de râles humides de bronchite, avec quelques sous crépitants fins. Par places on entend, également, un souffle qui varie du jour au lendemain et qui tend à se localiser à la base gauche.

Expectoration franchement purulente. Pus bien lié, verdâtre, épais, légèrement fétide.

Soir : Température, 38°1; pouls, 120.

L'existence d'une broncho-pneumonie est non douteuse. Vers

le soir, il semble y avoir une légère rémission. Le malade respire mieux. Le pouls est mieux frappé.

On fait une thérapeutique énergique : huile camphrée à haute dose, caféine, éther. Boissons abondantes, alcoolisées. Le malade urine bien.

Vers 24 heures, la dyspnée reprend intense. Oxygène, huile camphrée. Le pouls est rapide. Le malade baisse de plus en plus. L'expectoration se tarit. Enfin le malade tombe dans le coma.

Il est emporté chez lui et succombe dans la matinée du 8 avril 1922.

Donc décès par broncho-pneumonie.

OBSERVATION VI

(Service de M. le Professeur MOURE, inédite)

L... Gaston, 52 ans, bouchonnier.

Le malade vient à la consultation le 8 août 1922, parce qu'il est aphone et gêné pour respirer.

Antécédents personnels et héréditaires : Rien à signaler.

A l'examen laryngoscopique : Tuméfaction bourgeonnante de la moitié droite du larynx au niveau de la bande ventriculaire et du repli ary-épiglottique. L'aryténoïde est considérablement infiltré. L'infiltration paraît descendre sur la bouche œsophagienne, cependant la mobilité des cordes vocales est à peu près conservée.

Biopsie. Epithélioma spino-cellulaire.

14 août 1922 : Opération : Laryngectomie (Docteur Portmann). Technique habituelle. A l'ouverture de la trachée on s'aperçoit que la tumeur descend assez bas et on est obligé de dégager l'organe jusqu'au 4^e anneau et l'on sectionne entre le 2^e et le 3^e anneau, au-dessous de la limite inférieure de la tumeur.

Suites opératoires :

14 août : Soir : température, 36°; pouls, 120. La plaie suinte légèrement et imbibé le pansement de sang. Le malade saigne un peu par le nez des deux côtés, mais il est calme.

15 : Nuit bonne. Matin : température, 37°; pouls, 108. Bon aspect de la plaie. Expectoration pas très abondante, un peu san-

guinolente. Ne saigne plus par le nez. Commence à prendre quelques liquides (eau de Vichy, champagne). Urine normalement. Du côté pulmonaire, un peu de congestion à la base droite. Révulsion bi-quotidienne.

16 : Pendant la nuit, le malade a été un peu agité. $\frac{1}{2}$ cc. de pantopon l'a calmé. Matin : température, 27°; pouls, 98.

17 : La congestion pulmonaire diminue. La plaie a bon aspect. La nuit a été tranquille.

18 : Au pansement, démêchage à bloc des quatre mèches un peu fétides, surtout la supérieure droite. Mise en place de deux nouvelles mèches à la partie supérieure. Un peu de rougeur de la plaie à gauche.

19 : Au pansement, assez de fétidité. Au pédicule supérieur droit un petit hématome. On remet des mèches. Etat général excellent.

20 : Matin : Température, 37°8. Analyse d'urines : Urée, 48 gr. 80; albumine, faibles traces. Au pansement, un peu de salive. Fétidité. Le sphacèle commence. Traumatol.

21 : La plaie commence à se désunir à la partie supérieure. Un peu moins de fétidité. Pansement bi-quotidiens. Les sutures œsophagiennes tiennent. Très peu de salive.

22 : Etat stationnaire. Le sphacèle gagne la partie inférieure. Le pont cutané lâche sur tout le tracé de l'incision. Le sphacèle est surtout marqué dans les replis latéraux inférieurs, au niveau des pédicules. Nettoyage soigneux de la plaie. Traumatol. Mèche. Expectoration un peu plus abondante grâce à la potion au benzoate de soude et à l'acétate d'Az H3.

23 : Etat général excellent. Les nuits sont bonnes. Le malade est animé. Au pansement, état stationnaire, mais la fétidité diminue notablement.

24 : Température normale. Au pansement on enlève du sphacèle assez abondant au pourtour de la trachée et à la partie latérale droite. La plaie se présente rouge, bourgeonnante partout, en excellent état. Le lambeau cutané, bien nourri, bourgeonne aussi sur ses bords.

Deux petites fistules œsophagiennes à la partie supérieure et

médiane. Expectoration abondante, salivaire, pas fétide.

27 : L'amélioration se poursuit. Pansements bi-quotidiens. Toujours même technique : Nettoyage de la plaie sans aucun antiseptique, vaporisations au traumatol de toute la surface cruentée, mise en place d'une mèche iodoformée qui bourre la cavité.

Température et pouls normaux. Analyse d'urines : rien à signaler.

28 : Un peu de pus à la partie latérale gauche, dans un repli, le long de la gaine des gros vaisseaux.

30 : Suppuration tarie. La plaie opératoire étant très vivace, sans trace de sphacèle, on remet en place le lambeau que le sphacèle avait désuni et on le suture à l'aide de trois crins.

3 septembre : Etat général amélioré. Le malade se lève 3 à 4 heures par jour, s'alimente normalement par la sonde. Localement le bourgeonnement se poursuit à l'intérieur et sur les bords, surtout à la partie inférieure.

6 : La plaie bourgeonne, très rapidement : la partie inférieure, en particulier, est presque comblée. Le point inférieur de la suture a lâché, le second menace de le faire. Une des petits brèches cutanées supérieures est presque fermée. Par contre, la fistule œsophagienne persiste.

9 : Pour aider le bourgeonnement charnu qui ferme, à présent, la partie moyenne de la plaie, on met trois points de suture aux crins, en ménageant en haut un pertuis pour introduire une petite mèche.

17 : Le crin supérieur ayant complètement lâché, on l'enlève. Amélioration considérable de l'état local. Tout le plancher de la plaie s'est régulièrement rapproché de la surface.

5 octobre : Température normale. L'épidermisation se poursuit régulièrement. La fistule supérieure a presque complètement disparu. La sonde œsophagienne n'est mise en place qu'à l'heure des repas. Le malade qui avait maigri, reprend du poids.

20 : La fistule œsophagienne supérieure persiste. L'inférieure paraît s'être un peu agrandie, probablement le bout de la sonde venant y buter à chaque introduction. Aussi laisse-t-on la sonde

à demeure. Quatre gouttes de digitaline au malade dont la tension est un peu faible.

Mx : 11; Mn : 6; I. : 1 $\frac{1}{2}$.

6 novembre : L'épidermisation à la partie inférieure paraît se poursuivre très lentement.

9 : Première œsophagoplastie. Les suites semblent excellentes, mais dès le deuxième jour, les points lâchent, le malade salive, a une expectoration fétide. La fistule se rétablit.

L'état général périclité. L'expectoration, alternativement, se tarit et reprend. En fin de compte, le 8 janvier 1923, le malade part chez lui pour refaire son état général. Il est porteur d'une canule trachéale et d'une sonde œsophagienne. La fistule persiste.

3 avril 1923 : Le malade revient à l'hôpital du Tondu. Il a beaucoup maigri et paraît fatigué (a perdu 6 kilos depuis son départ). Expectoration très abondante, fétide. La fistule s'est agrandie, il s'en est aussi formé une plus petite à la partie inférieure. Quelques poussées fébriles vespérales. Température, 37°6; pouls normal. Rien à signaler du côté pulmonaire.

19 avril : Deuxième œsophagoplastie. Les sutures ne tiennent pas et les fistules réapparaissent.

3 mai : Troisième œsophagoplastie. Les points commencent par lâcher et la fistule se reforme, mais la plaie finit par s'épidermiser.

Le malade, le 25 juin 1913, est exéaté, guéri.

Le malade a été revu le 14 novembre 1923. Il est très bien portant, a repris bonne mine, est heureux. Il ne présente aucune récidive locale ou distante.

OBSERVATION VII

(Service du Professeur MOURE, inédite)

L... Guillaume, 60 ans, cantonnier.

Le malade vient à l'hôpital parce qu'il est gêné pour respirer, et est très enroué.

A l'examen endoscopique, la partie droite du larynx de la corde vocale au repli ary-épiglottique, est le siège d'une assez volumineuse tumeur, de coloration légèrement plus rouge que les

tissus environnants, lisse, vaguement ovoïde, à gros lobe postérieur. Pas d'altération. L'aryténoïde est complètement immobilisé.

Le 26 septembre 1922 : Opération. Laryngectomie totale. Technique habituelle. Pas d'incidents opératoires.

Suites opératoires :

Soir : Température, 36°8; pouls, 94. Le malade est très calme, n'a pas saigné.

27 septembre : Nuit bonne. Température, 37°9; pouls, 97. Au pansement la plaie a bon aspect. 50 cc. de sérum antigangréneux sous-cutané.

28 : A eu dans la nuit, vers 3 h. 30, un frisson léger qui a duré 20 minutes. Température, 38°4. A part cela il est calme. N'expectore pas du tout. Au pansement, la plaie ne suinte pas du tout : on commence à démêcher très légèrement au pédicule supérieur droit. Le pouls qui avait eu quelques intermittences la veille, en présente de plus accentuées. L'expectoration étant d'autre part quasi nulle, on donne une potion à la digitaline (V gouttes) et à l'acétate d'Az H3. A l'auscultation, râles de congestion à la base droite. Six ventouses scarifiées. Huile camphrée, 15 cc.

Le malade est calme, mais il a le teint un peu foncé, la langue est toutefois humide. Champagne, thé, punch. Soir : Température, 37°; pouls, 96.

29 : Nuit bonne. A dormi. Le matin, à 7 heures, nouveau frisson de 15 à 20 minutes pas très accentué. Température, 40°2; pouls, 140, intermittent. Expectore un peu plus. Sueurs très abondantes. Teint un peu plombé. Au pansement, toujours pas de suppuration. Déméchage à bloc des trois mèches. Reméchage à la gaze iodoformée. Huile camphrée; six ventouses scarifiées qui donnent largement. Hémoculture négative. Ponction pleurale négative. Soir : Température, 36°8; pouls, 88. Le malade est calme.

30 : Matin : Température, 38°2. Pouls, 104, moins arythmique. La plaie, extérieurement, est en excellente voie. Pas de sphacèle. On change les mèches à chaque pansement. Expectore un peu plus, liquide légèrement purulent.

Vaporisations au traumatol. Pansements bi-quotidiens. Sérum antigangréneux. Soir : Température, 38°4; pouls, 113.

L'état général est meilleur. Le malade se sent plus fort, dort bien. L'état pulmonaire s'améliore nettement. Révulsions bi-quotidiennes. Huile camphrée. Sérum isotonique sous-cutané. S'alimente par sa sonde avec bouillies, œufs, laitages, champagne.

31 : N'a pas eu jusqu'ici de nouveau frisson, mais a parfois, dans la journée, des élévations thermiques variables (39° et 39°6). Le teint est meilleur. Pas d'arythmie cardiaque. Au pansement, depuis hier, il y a un petit peu de salive. Chaque fois qu'on sort les mèches, issue sous pression d'un liquide verdâtre, purulent, abondant, venant on ne sait d'où. A la partie antéro-inférieure, un peu au-dessous de la canule, rougeur œdématiée un peu fluctuante faisant songer à un abcès.

1^{er} novembre : Dyspnée depuis cette nuit quoiqu'il n'y ait rien à signaler du côté pulmonaire. Matin : Température, 38°6; pouls, 120. Au pansement il s'écoule moins de pus. On enlève la canule pour la première fois. Le pourtour de la trachée est en parfait état. Persiste seulement, plus accentuée, la rougeur sous la canule. Soir : Température, 39°2; pouls, 120. Le malade paraît énervé. Langue normale. Incision d'un abcès à la partie antérieure, un peu au-dessous de la canule. Un peu de pus. Mise en place d'un drain. Pansement humide. Le pourtour de la trachée paraît se sphacéler. Vers 8 h., le malade paraît délirer, demande à se lever. Le chloral le calme un peu.

2 : Nuit très agitée. Matin : Température, 40°8; pouls, 145. Respiration. 57. Tremblement des mains, agitation, dyspnée, délire, sueurs abondantes. Expectore très souvent un liquide fétide, purulent, verdâtre. La dyspnée augmente de plus en plus. La langue est humide, mais les traits sont tirés, le facies altéré. Huile camphrée.

A l'auscultation, respiration soufflante à la base droite. Râles humides moyens. Ventouses scarifiées.

Soir : Température, 39°; pouls, 132; respiration, 44.

Mêmes signes généraux que le matin, plus accentués. Les traits sont encore plus tirés. Le malade angoissé, conserve cependant sa connaissance. Au pansement, quand on enfonce le stylet dans le trajet de l'incision, on pénètre très loin, obliquement à droite.

Vers 20 heures, le pouls devient petit, fléchit considérablement.
A 2 h. 30, décès.

A l'autopsie : Lésions nettes de broncho-pneumonie.

OBSERVATION VIII

F... Pierre, 60 ans, garçon d'hôtel.

Le malade vient à la consultation le 30 décembre 1922, parce qu'il est enroué depuis deux mois et demi. Sa voix est éteinte, à l'heure actuelle, mais il n'a pas maigri.

A l'examen endoscopique on constate un œdème du repli ary-ténoïdien gauche, la corde vocale est rouge à sa partie postérieure et bourgeonnante; la région inter-aryténoïdienne est infiltrée. La crépitation laryngée est conservée.

Le malade étant un ancien spécifique, on fait un Wassermann qui est négatif.

Le 3 janvier 1923, on pratique une biopsie dont l'examen révèle un épithélioma spino-cellulaire.

Le 16 janvier, le malade entre à l'hôpital du Tondu. A signaler parmi ses antécédents, un accident Σ du repli balano-préputial pour lequel il a été traité au dispensaire du cours de l'Argonne.

A signaler aussi que le malade est bronchitique chronique et emphysémateux. Sa tension artérielle, aussi, est un peu basse : Mx, 12 $\frac{1}{2}$; Mn, 15; I., 3 $\frac{1}{2}$ au Pachon. On lui donne un peu de digitale.

Le 22 janvier 1923 : Opération. Laryngectomie totale (Docteur Portmann). Technique habituelle. Pas d'incident opératoire. A remarquer toutefois que le néoplasme intéressait l'épiglotte et avait envahi toute la région postérieure et rétro-aryténoïdienne, obligeant à réséquer la partie antérieure de l'œsophage sur deux travers de doigt environ et à enlever l'épiglotte. On a créé ainsi une brèche qui a été un peu délicate à combler.

Suites opératoires :

22 janvier : Soir : Température, 37°7; pouls, 100. Le malade ne saigne pas, mais est très pâle. On lui fait une injection de 50 cc. de sérum antigangréneux.

23 janvier : La nuit a été assez calme, mais vers 2 h. du matin,

le pouls a fléchi. Huile camphrée et digitaline au malade. Au matin, vers 8 h. : Température, 36°7; pouls, 116, mieux frappé et régulier. On fait de la révulsion pulmonaire. Le malade paraît très shocké, est pâle.

24 janvier : La nuit a été bonne. Matin : Température normale; pouls, 120, bien frappé. Au pansement le lambeau trapézoïdal est un peu violacé et la région de droite un peu tuméfiée. On fait un pansement humide. Expectoration muqueuse assez abondante; cependant l'auscultation pulmonaire ne signale rien d'anormal. Le malade s'alimente un peu par la sonde. Son facies est meilleur, moins blafard, il paraît moins affaîssé.

25 janvier : Matin : Température, 37°3; pouls, 106. Au pansement, toute la plaie paraît enflammée; on supprime les deux mèches inférieures. La supérieure est très fétide, on la remplace par une autre traformée.

On injecte au malade 50 cc. de sérum antigangréneux.

26 janvier : Au pansement, fétidité. Brèche à la partie supérieure sur deux points. Le sphacèle augmente. Toute la plaie est très enflammée surtout le pourtour de la trachée. On pulvérise de traumatol. On applique de la pommade à l'oxyde de zinc.

Vu l'état de sphacèle, on décide de faire le pansement trois fois par jour. Le malade tousse et expectore beaucoup de mucus et de la salive.

27 janvier : Même aspect. Le sphacèle augmente. La brèche supérieure s'est agrandie. Au-dessous de la trachée, à la partie postérieure, il paraît y avoir une petite fistule salivaire. Le malade s'alimente bien par la sonde. Rien à signaler à l'auscultation pulmonaire, mais le malade est un peu dyspnéique. On lui fait de la révulsion deux fois par jour.

28 janvier : A passé une bonne partie de la nuit à tousser. Au pansement, la plaie a un peu meilleur aspect, commence à bourgeonner. Toujours de l'inflammation à la partie inférieure.

29 janvier : Température, 37°7. Le sphacèle se marque davantage, surtout à la partie inférieure du lambeau. A ce niveau, la plaie est désunie, surtout à droite. 50 cc. de sérum antigangréneux.

30 janvier : Matin : Température, 37°7. Le sphacèle est plus

profond qu'on ne le supposait. La salive passe d'en haut à ce niveau. A la partie supérieure, la brèche a commencé à bourgeonner. La fistule œsophagienne s'est passablement agrandie. Soir : Température, 40°; pouls, 118; respiration, 50. A l'auscultation, on constate à la base droite un foyer de râles inspiratoires assez gros. Pas de souffle. Sur toute l'étendue des poumons, ronchus dans les grosses et moyennes branches.

On applique six ventouses scarifiées. Immédiatement après, le malade sent du soulagement.

31 janvier : Matin : Température, 37°3; pouls, 98. Pansement trois fois par jour en raison du sphacèle de la partie inférieure. Le lambeau diminue et ne tient à droite que dans la profondeur. On place en haut et à ce niveau une large mèche vioformée, afin d'intercepter toute communication avec les bronches.

L'expectoration est toujours abondante, muqueuse. On fait de la révulsion, des injections d'huile camphrée.

1^{er} février : Matin : Température, 37°4. Soir : Température, 38°8. On fait une injection de 40 cc. de sérum antigangréneux.

2 février : L'état est stationnaire, mais le sphacèle diminue à la partie inférieure. La dyspnée persiste. On donne de la digitaline.

3 février : La température, le soir, descend à 37°7; le pouls est à 112. Le sphacèle paraît éliminé, mais le lambeau cutané n'a aucune vitalité. A l'intérieur, la plaie bourgeonne. Très large brèche œsophagienne. Le malade tousse moins.

4 février : Expectoration fétide, le malade est fatigué. Rien à signaler à l'auscultation pulmonaire. Il s'alimente bien par la sonde. La température reprend les larges oscillations thermiques avec rémission le matin. La dyspnée persiste.

5 février : Matin : Température, 37°7; soir, 38°4; respiration, 40. Le lambeau se retrécit et tient seulement par son bord droit. L'expectoration est purulente et fétide.

6 février : Le malade a été très agité cette nuit. S'est levé à plusieurs reprises, avait le sentiment de la mort. Dyspnée très vive. Matin : Température, 38°; respiration, 40; pouls, 130, régulier. La plaie est absolument atone, ne sécrète plus. Pas de trace de sphacèle. Le lambeau ressemble à un pont suspendu.

Soir : Température, 33°7; respiration, 52; pouls, 130. La dyspnée augmente. Le malade se sent très affaibli. A l'auscultation, ronchus sur toute l'étendue des deux poumons. Petit foyer de râles humides à la base droite, foyer plus important à gauche. On pose des ventouses scarifiées.

A 24 heures, le malade est encore plus affaibli. La trachée est pleine de sécrétions muco-purulentes qu'il ne peut expectorer. La respiration est très difficile. Le pouls est petit et rapide, les sueurs profuses.

A trois heures du matin, le malade meurt.

A l'autopsie : Lésions nettes de broncho-pneumonie.

OBSERVATION IX

(Service du Professeur MOURE, inédite)

T... G., 58 ans, cultivateur.

Le malade vient à la consultation parce qu'il est enroué.

A l'examen laryngoscopique on constate que la partie droite de l'organe vocal est normale. La gauche, au contraire, est le siège d'une tuméfaction qui intéresse en hauteur, la bande ventriculaire, le ventricule, qui n'existe plus, et la corde. Cette tumeur s'arrête en avant au niveau de la commissure antérieure. En arrière elle intéresse l'aryténoïde du même côté sans le dépasser. Cette masse est rouge, exubérante, irrégulière, obstruant en partie la lumière du conduit laryngo-trachéal.

Biopsie. Epithélioma pavimenteux lobulé. A signaler, la présence, au niveau des régions sous-maxillaires des deux côtés, de deux ou trois petits ganglions, durs, mobiles, indolores. A signaler aussi que le malade est grand fumeur depuis longtemps.

4 janvier 1923 : Opération. Laryngectomie totale. Technique habituelle. Pas d'incidents opératoires.

Suites opératoires :

Soir : Température, 37°; pouls, 90. Le pansement est souillé de sang, mais le malade est calme et respire bien. 50 cc. de sérum antigangréneux sous-cutané.

5 janvier : Nuit très bonne. Température : 36°6; pouls, 144.

Au pansement, bon aspect de la plaie. Un peu de dyspnée passagère vers 16 heures.

6 : Très bon état général. Localement, du côté gauche du lambeau, infiltration. En retirant la mèche supérieure il sort du sang. C'est un petit hématome, qu'on vide. Pansements humides. Pas d'expectoration. Soir : Température, 37°; pouls, 106, bien frappé.

7 : Etat général excellent. Le malade est très calme, dort bien. A l'auscultation pulmonaire quelques râles disséminés. Expectore peu. Potion à la digitaline et à l'acétate d'Az H3. Au pansement, infiltration du côté droit, moindre à gauche. On démèche complètement en haut et en bas des deux côtés. L'hématome se vide tout à fait. Reméchage à la gaze vioformée. Pansement humide. On sort la canule. Il paraît y avoir un peu de sphacèle au niveau des pédicules inférieurs et un peu de salive. Le malade fait un érythème sérique. Commence à s'alimenter par la sonde : lait, bouillon, œufs.

9 : La salive est plus abondante au pansement. Suppression de la mèche inférieure gauche. La plaie se présente très bien. Aucun point n'a encore lâché. La soudure paraît s'être faite à la partie inférieure. A gauche la salive paraît se collecter à la partie supérieure. En pressant à ce niveau, elle semble sortir par l'orifice de la mèche supérieure légèrement fétide. Pansements biquotidiens. Expectoration muqueuse. Potion à l'acétate d'Az H3. Température et pouls normaux.

10 : 50 cc. de sérum antigangréneux sous-cutané. La plaie n'est pas fétide. Bon état général. Commence à se lever. Au pansement, le soir, on aperçoit une petite fistule à la partie postérieure de la trachée, par où s'écoule la salive.

12 : Par la petite fistule sort un peu de pus. On fait sauter un point de la partie supérieure de la plaie pour se donner du jour. Très peu de sphacèle intérieur. On bourre la cavité de mèches vioformées pour éviter le sphacèle dans la trachée. Rien aux poumons. Potion quotidienne à l'acétate d'Az H3. Révulsion biquotidienne. Température, 37°7; pouls, 80.

13 : Au pansement, ablation des points, le long de la ligne

d'incision. On respecte ceux du pourtour de la trachée. L'intérieur de la plaie se présente rouge, bourgeonnante, sans sphacèle.

14 : Un peu de pus superficiel sourd à la partie inférieure droite du lambeau à côté de la trachée. Pansement. Salivation peu abondante.

15 : La fistule première, au-dessous de la trachée, donne moins. Par contre, dans celle de droite il apparaît un peu de salive. Les deux fistules œsophagiennes sont à la partie supérieure pas très grandes. Ablation des points péri-trachéaux.

17 : Continue à très bien aller. Pansements bi-quotidiens. Un peu d'expectoration muqueuse. Tousse beaucoup à l'introduction de la canule. On reprend la digitaline, II gouttes par jour. Va et vient dans la salle plusieurs heures dans la journée.

21 : Les fistules cutanées péri-trachéales postérieures sont fermées. Le déficit supérieur du lambeau se comble très rapidement. Un pansement par jour suffit. Température et pouls normaux.

24 : La canule de Lombard est remplacée par une canule ordinaire.

28 : L'amélioration continue. L'orifice supérieur se ferme à tel point qu'il est impossible d'y maintenir une mèche. Etat général excellent. S'alimente bien.

1^{er} février : Rien à l'auscultation pulmonaire. Vers midi, frisson de 5 minutes environ. Température, 40°1; soir : 39°2; pouls, 98. Localement, un petit bourgeon à la partie inférieure au pourtour de la trachée et à la partie supérieure dans la petite brèche. Chlorure de zinc.

2 : Expectoration assez fétide. A eu dans la nuit un nouveau frisson avec température, 40°1. Se sent fatigué, souffre de la tête, a des sueurs par moments. Pansements bi-quotidiens. Paraît faire un peu d'inflammation près des bourgeons touchée au chlorure de zinc.

3 : Un peu moins d'asthénie. Température : 39°.

7 : Expectore pendant le pansement, un petit fragment qui paraît être du cartilage. La trachée semble un peu enflammée. Expectore beaucoup. Pansements bi-quotidiens. Se sent fatigué, souffre du cou, transpire passablement.

9 : Trachéoscopie inférieure. Ne permet pas de voir nettement un foyer de périchondrite, mais on ramène d'importants fragments de tissu sphacélé.

11 : La température baisse. L'état général et local s'améliorent.

14 : Présence d'une petite fistule à la partie tout à fait inférieure et interne de la région carotidienne. Il sourd un peu de pus à la pression. La fistule œsophagienne diminue d'importance.

18 : La petite fistule à la partie inférieure suppure toujours un peu. L'expectoration est moins abondante et moins fétide. Température normale.

1^{er} mars : La fistule inférieure est tarie. La fistule œsophagienne diminue de jour en jour. Le malade va très bien. Augmente de poids.

9 : On enlève la sonde et on ne la remet qu'aux repas. Le nez suppure un peu. Lavages.

12 : La fistule œsophagienne est presque complètement cicatrisée. Le malade commence à s'alimenter par la bouche, en solides. Les liquides sont envoyés par la sonde. Rien ne passe par la fistule.

20 : La petite fistule œsophagienne laisse encore passer une goutte de salive. Le malade continue donc à prendre les aliments solides par la bouche et les liquides par la sonde qu'il met en place à chaque repas.

22 : La fistule est complètement cicatrisée.

23 : Le malade est exéaté, guéri.

14 novembre 1923 : La guérison se maintient. Le malade a repris du poids, est content de son sort.

OBSERVATION X

(Service du Professeur MOURE, inédite)

L... Marcel, 55 ans, surveillant.

Malade adressé par un confrère, le 22 juillet 1923, parce que, il y a trois semaines, il ressent des douleurs spontanées au niveau du larynx se transmettant aux deux oreilles. Il a en outre de la dysphonie et des quintes de toux surtout la nuit. A l'examen endoscopique, l'épiglotte est déformée, sa base est infiltrée sur sa face

laryngée. Le larynx, le vestibule, sont le siège d'une infiltration diffuse, rouge, mal limitée, surtout marquée en avant au niveau de la commissure qui devient de ce fait saillante en arrière. Les cordes vocales sont absolument invisibles ou peut-être, plus exactement, détruites par le processus infiltrant. En revanche, les aryténoïdes sont sains d'apparence, non tuméfiés, parfaitement mobiles. Un ganglion carotidien, dur, mobile, douloureux à la pression.

Biopsie. Epithélioma spino-cellulaire.

30 juillet 1923 : Opération. Laryngectomie totale. Technique ordinaire. Pas d'incidents.

Suites opératoires :

Soir : Température, 36°8; pouls, 90. Le malade va bien quoique assez pâle.

31 juillet : Bon aspect de la plaie. Bon état général. Température, 37°7.

1^{er} août : Injection sous-cutanée de 300 cc. de sérum physiologique et de 70 cc. d'antigangréneux. La plaie a bon aspect quoique un peu enflammée. Le malade est très en train, facies excellent.

2 : Matin : Température, 37°7; soir, 38°2; pouls, 96. Déméchage à bloc. Commence à s'alimenter par la sonde.

3 : A la partie gauche médiane un point paraît suspect, un peu de sphacèle localisé à cet endroit. Pansement quotidien. Rien à signaler à l'auscultation pulmonaire. Température normale.

5 : Au pansement, trace de salive. Les soies tiennent parfaitement. Le sphacèle gagne encore, superficiellement, le long de l'incision gauche. Pansements bi-quotidiens. La brèche s'agrandit en haut. Mise en place de mèches au traumatol après pulvérisation du même médicament. Injection sous-cutanée de sérum antigangréneux.

6 : Le sphacèle s'accroît. Toutefois la partie profonde est consolidée et bourgeonne. Aucune communication avec la trachée venant du haut. Pansements trois fois par jour. Un peu de salive. Expectoré un peu. Etat général excellent.

7 : Le sphacèle s'élimine. Rien à signaler aux poumons.

8 : La brèche œsophagienne est à peine visible et située à la partie supérieure. Au pourtour de la trachée, la peau est un peu sphacélée. Pansements bi-quotidiens au salicylate de bismuth.

9 : Plus de trace de sphacèle. Toutes les soies sont éliminées. Pour faciliter la cicatrisation, on fixe à l'aide d'un crin, le lambeau cutané que le sphacèle avait un peu détaché, à la partie latérale correspondante. Etat général excellent.

11 : Le lambeau s'est soudé à nouveau. La salive qui suintait à la partie supérieure de la trachée, ne passe plus. Le malade commence à se lever.

14 : Suppression du crin ajouté il y a quelques jour. Le pourtour de la trachée à la partie antérieure est un peu ulcérée. Nitrate d'argent.

20 : La brèche se comble rapidement. Pansements bi-quotidiens. Le malade est un peu fatigué.

22 : Le lambeau paraissant s'affaïsser un peu, mise en place d'un point de suture latéral comme précédemment.

27 : Les tissus étant très friables, le point de suture lâche mais la brèche se comble très rapidement. Le pourtour de la trachée paraît un peu irrité et a tendance à se retrécir. Etat général meilleur qu'il y a six jours.

3 septembre : La brèche œsophagienne disparaît. La cicatrisation avance si rapidement qu'un seul pansement par jour suffit et qu'on est obligé de passer du nitrate d'argent. Très bon état général.

4 : On remplace la canule de Lombard par une canule trachéale ordinaire.

24 : La fistule s'est fermée. L'état général s'améliore énormément. L'aspect de la plaie est satisfaisant. Le malade s'alimente normalement par la bouche.

25 septembre : Exeat. Guéri.

OBSERVATION XI

(Service du Professeur MOURE, inédite)

V... Eugène, 52 ans, cultivateur.

Le malade entre à l'hôpital du Tondu le 2 juillet 1923, parce

qu'il est enrôlé et éprouve de la gêne pour manger. A signaler dans les antécédents que le malade était professeur d'équitation en 1908 et fatiguait sa voix. Il dut, pour cette raison, quitter son travail. Cependant il n'éprouvait aucun trouble spécial. Sa voix s'enrouait seulement quand il parlait trop.

Toutefois l'enrouement devint bientôt persistant; il s'y ajouta de la dysphagie, si bien que le malade alla consulter le Professeur Moure en mai 1923.

A l'examen laryngoscopique on remarque que la bande ventriculaire et l'aryténoïde gauches sont infiltrés, faisant saillie dans le vestibule. Les cordes vocales sont très éraillées.

En avant, l'infiltration semble dépasser un peu la ligne médiane. Les cordes sont mobiles, l'épiglotte normale. La crépitation laryngée est nulle. Il existe de la dysphonie très prononcée, de l'odynphagie. Pas de douleurs spontanées. Pas de troubles respiratoires.

Biopsie. Epithélioma pavimenteux stratifié.

Le 5 juillet 1923, le Professeur Moure pratique une trachéotomie sous anesthésie locale. Les suites en sont normales et la plaie cicatrise très bien en vingt jours.

Le 2 août 1923 : Laryngectomie totale (Professeur Moure). Technique ordinaire. Pas d'incidents opératoires.

Suites opératoires :

Soir : Température, 38°8. A noter que le matin, avant l'intervention, sans justification apparente, le malade avait eu une température de 38° avec pouls à 96.

Le facies, le soir, est excellent. L'opéré n'a pas l'air d'être shock.

3 août : La nuit a été bonne. Matin : Température, 38°; soir, 39°4. Au pansement, rien à signaler. Injection sous-cutanée de sérum physiologique (300 cc.) avec un sérum polyvalent anti-gangréneux.

4 : La plaie suinte un peu. Pansements quotidiens. A l'auscultation pulmonaire, rien à signaler. L'état général est excellent. S'alimente et dort bien.

5 : Il se marque une petite brèche à la partie supérieure. La plaie présente un bon aspect, paraît vouloir se réunir *per primam*,

7 : Soir : Température, 38°. On injecte 50 cc. de sérum anti-gangréneux, sous-cutané.

9 : Quelques soies lâchent. La brèche s'agrandit un peu. La partie supérieure au-dessus de la trachée est un peu enflammée. Soir : Température, 37°4. Pansements bi-quotidiens.

11 : Poussée de sphacèle entre le lambeau cutané et l'œsophage et au-dessous de la trachée. Presque toutes les soies s'éliminent. Non seulement la brèche cutanée s'agrandit beaucoup, le lambeau se rétractant, mais encore la brèche œsophagienne à la partie moyenne et supérieure a considérablement augmenté.

Pansements soigneux. Pulvérisations de traumatol et mèches deux fois par jour.

Le soir : Température, 38°. Le malade fait un érythème sérique très étendu. Il est très agité. On est obligé de lui donner du chloral.

12 : Matin : Température, 37°. Le sphacèle diminue beaucoup. Le malade a l'estomac fatigué, a envie de rendre. On lui donne 20 gr. de sulfate de soude.

14 : Le sphacèle diminue presque complètement. Le lambeau cutané quoique rétréci, tient. Pansements bi-quotidiens. Température : 37°1.

18 : Plus de sphacèle. Le pont cutané ne paraît pas trop vivant. La communication avec la trachée persiste. Pansements bi-quotidiens. Température et pouls normaux. Le malade pèse 49 kilos. (A maigri de 7 kilos en un mois et demi.)

29 : Amélioration sensible de l'état local. La communication trachéale n'existe plus. Les bords de la plaie bourgeonnent un peu. Bon état général.

5 septembre : La cicatrisation se poursuit bien. Le malade engraisse, il pèse maintenant 53 kilos.

21 : La cicatrisation continue activement. Le malade a un aspect floride.

29 : La fistule œsophagienne se fermant trop lentement, on décide une plastique.

4 octobre : Plastique œsophagienne par la méthode à double lambeau.

6 : La région antérieure du cou est rouge. Pansement humide.

8 : Sphacèle de l'angle supérieur gauche de la plastique. La salive vient irriter la plaie. Pansement au traumatol.

10 : Le sphacèle gagne largement le lambeau sous-jacent et le lambeau supérieur, ne respectant qu'un pont cutané à la partie inférieure. La plaie est fétide. Pansements bi-quotidiens. Température et pouls restent normaux.

12 : La plaie se déterge, bourgeonne, présente bien meilleur aspect. La partie inférieure tient solidement. La peau paraissant très irritée, on fait des pansements bi-quotidiens au salicylate de bismuth.

15 : L'amélioration se poursuit. La plaie saigne, est vivante.

17 : La cicatrisation avance rapidement. Le malade est à la solution bi-iodurée depuis 15 jours. Son Wassermann est cependant négatif.

24 : La brèche est comblée à moitié, mais à la partie inférieure il persiste un petit pertuis.

20 novembre : Le malade va aussi bien que possible. Il ne reste plus au niveau de la plaie qu'une petite fistule qu'on bouchera par simple avivement des bords et suture.



CHAPITRE III

§ II

Les suites immédiates de la laryngectomie

Quels enseignements pouvons-nous tirer de l'étude des observations que nous venons de publier ?

a) Une première constatation s'impose : c'est la rareté, la disparition même des accidents opératoires. Cet heureux résultat a été obtenu sous l'influence de plusieurs facteurs, dont, en premier lieu, nous citerons l'anesthésie locale.

Grâce à l'anesthésie locale, en effet, l'excitation réflexe du trijumeau ou de nerfs laryngés est supprimée et par voie de conséquence la fâcheuse syncope ne se produit plus. Le malade respire tranquillement et le chirurgien peut, poursuivre en toute sécurité son intervention, sans avoir à l'interrompre précipitamment pour pratiquer des manœuvres de respiration artificielle.

En second lieu l'anesthésie locale a, d'une part, fait disparaître les vomissements du réveil (inévitables avec la narcose chloroformique) qui fatiguaient tant les opérés et les obligeaient à des efforts d'expulsion, qui souvent faisaient sauter les points de suture; d'autre part, déterminant moins de shock, elle entame peu la résistance des malades et leur permet de mieux lutter contre les infections qui peuvent s'abattre sur eux. Enfin elle a presque complètement supprimé le collapsus post-opératoire, assez fréquent autrefois avec l'anesthésie générale et dans les interventions laborieuses. Comme nous le voyons, elle a de nombreux avanta-

ges, aussi est-elle adoptée par la grande majorité des spécialistes.

Grâce aux perfectionnements de la technique, deux autres périls opératoires ont été vaincus, l'asphyxie et l'hémorragie. Nous ferons remarquer à ce propos que l'asphyxie se produisait surtout, autrefois, dans les opérations en un temps. La glotte, plus ou moins comblée par le processus néoplasique, sous l'influence du changement d'attitude du malade, s'obstruait brusquement et l'air manquait au patient. Ce mécanisme n'est peut-être pas tout à fait exact, quoi qu'il en soit, nous devons reconnaître que dans le procédé du Professeur Moure, il y avait un temps délicat. En effet, au moment où le larynx était libéré, et le pédicule inférieur comprenant le nerf récurrent, pincé, il se produisait fréquemment de petites convulsions asphyxiques, qui obligeaient à ouvrir un peu précipitamment la trachée. Ces petites alertes étaient, heureusement sans gravité, mais elles n'en étaient pas moins gênantes. Aussi le Professeur Moure a-t-il cherché à les éviter et après divers tâtonnements, il y est arrivé. Le procédé est simple. En faisant l'anesthésie locale, les tissus superficiels et les pédicules supérieurs sont seuls injectés à la novocaïne, les pédicules inférieurs sont respectés. Depuis cette petite modification, plus jamais aucune alerte ne s'est produite. Dans les rares cas où l'anesthésie ainsi écourtée n'a pas suffi, des applications in-loco de novocaïne à 1/10 l'ont complétée et ont permis amplement de poursuivre l'opération de façon normale.

Quant à l'hémorragie, une technique plus précise a permis de l'éviter. En effet, on a appris à sectionner méthodiquement entre deux pinces, les nombreux vaisseaux qu'on rencontre au moment de l'opération, et à les lier soigneusement par transfixion et avec du catgut bien solide. Grâce à ces précautions, d'une part la perte de sang est minime, ne gêne pas le chirurgien et n'affaiblit pas le malade; d'autre part, l'entrée de l'air dans les veines avec ses redoutables conséquence et l'hémorragie secondaire à issue souvent fa-

tale, deux dangers terribles ne se rencontraient presque plus.

Nous avons tenu à signaler ces facteurs, car nous considérons qu'ils conditionnent pour une large part le succès de l'intervention.

b) Une deuxième constatation frappe à la lecture de nos observations : c'est la minutie des soins post-opératoires, et surtout le long temps que met la plaie à cicatriser complètement.

En effet, le malade de l'observation VI a mis 9 mois pour guérir; celui de l'observation III, 11 mois; la plaie, chez un autre patient (observation IV) ne s'est fermée qu'au bout de 6 mois.

Cependant à côté de ces faits, il en est d'autres plus favorables. Ainsi, dans l'observation IX, la plaie a cicatrisé en 3 mois; dans l'observation X, la réparation s'est faite en 2 mois. Que faut-il conclure de ces faits ? Nous croyons que la cicatrisation de la plaie opératoire est en grande partie sous la dépendance des phénomènes infectieux qui se produisent au niveau du lieu de l'intervention.

L'infection, en effet, est encore à l'heure actuelle, le danger le plus redoutable qui menace les laryngectomisés, mais il faut distinguer l'infection générale et l'infection locale.

En ce qui concerne l'infection générale, d'immenses progrès ont été faits depuis le temps où, après l'opération, les voies digestives supérieures communiquant avec la plaie et les voies aériennes, les aliments, et tous les microbes de la bouche allaient infecter la plaie opératoire et déterminer des broncho-pneumonies, des septicémies ou des pyohémies qui enlevaient 95 % des opérés. Un gros progrès a été réalisé dans cette voie le jour où le Professeur Moure eût l'idée, par la suture de la voie pharyngo-œsophagienne antérieure, d'isoler la plaie du milieu septique qu'est la bouche; de ce jour, la mortalité baissa dans des proportions sensibles.

Cependant, si on ne rencontre plus, à l'heure actuelle, les grandes infections de jadis, il n'est pas rare toutefois,

ainsi que le montre la lecture de nos observations, de constater chez les opérés ces élévations brusques de température, ces grands frissons soudains qui témoignent, à notre avis, que nous ne sommes pas encore arrivés à être tout à fait maîtres de l'infection. Toutefois, nous devons reconnaître que ces mouvements fébriles sont essentiellement fugaces, prouvant ainsi que nous avons dans une large mesure jugulé les processus infectieux et que leur virulence est assez atténuée pour que le malade y résiste victorieusement.

Nous ne pouvons, malheureusement, pas en dire autant de la broncho-pneumonie, à qui, à l'heure présente, les laryngectomisés paient un lourd tribut.

C'est elle qui a enlevé trois des malades dont nous publions les observations. Tant que l'on n'aura point trouvé le moyen de parer à cette complication, elle continuera à grever lourdement les statistiques. Voyons donc ce que nous pouvons faire pour l'éviter ! Tout d'abord, quelles en sont les causes ?

Nous croyons qu'elles sont multiples. En effet, si nous examinons de façon serrée les observations des trois malades décédés, nous constatons que :

1° Celui de l'observation VIII avait 60 ans ; de plus, il était syphilitique, bronchitique chronique et emphysémateux. En outre, sa tumeur à l'opération s'est montrée très étendue, obligeant à enlever l'épiglotte et une partie de la paroi pharyngo-œsophagienne antérieure. Il en est résulté, ainsi, une large brèche qu'on a eu du mal à combler et l'opération, de ce fait, s'est prolongée de façon sensible.

2° Celui de l'observation VII avait 60 ans.

3° Enfin le troisième était relativement jeune (il n'avait que 56 ans), mais chez lui aussi, la tumeur était très étendue et après l'ablation des parties malades, la suture de la brèche a été laborieuse, ce qui a fait durer l'opération.

Ces constatations faites, il nous semble facile d'expliquer la broncho-pneumonie chez nos malades.

Nous savons, en effet, combien le vieillard est disposé à

faire de la congestion pulmonaire hypostatique. D'autre part, dans les cas où la brèche opératoire est large et la suture délicate, il y a fatalement des solutions de continuité plus ou moins importantes, par où les microbes de la bouche passent et vont infecter la plaie.

Enfin dans ces réparations laborieuses où l'opération dure longtemps, le malade subit forcément un shock assez appréciable et si à toutes ces conditions s'ajoute quelque diathèse ou le grand âge de l'opéré, il nous semble que toutes les circonstances sont réunies pour l'éclosion d'une broncho-pneumonie et tel nous paraît en être le mécanisme, du moins dans nos cas. Cette pathogénie étant admise, nous pensons qu'on peut, dans une certaine mesure, éviter cette fâcheuse complication.

Une des premières mesures à prendre, c'est de tâcher d'éduquer les médecins praticiens de façon que le diagnostic de néoplasme soit porté de façon précoce et le malade envoyé le plus tôt possible au spécialiste compétent, au moment où la tumeur est rigoureusement intra-laryngée : l'opération peut se faire alors sans trop de difficultés et le malade est moins shocké.

D'autre part, il faut faire une sélection plus sévère des cas et éliminer les tumeurs trop étendues ou les malades trop vieux ou atteints de diathèse.

Enfin, quand le malade est opéré, il faut veiller à entretenir une antisepsie rigoureuse au niveau de la plaie, il faut soutenir ses forces, relever sa tension artérielle si elle est déficiente, éviter surtout qu'il prenne froid ou que ses poumons se congestionnent : en un mot, il faut redoubler de soins pour lui ; c'est à ce seul prix qu'on pourra diminuer le nombre des victimes de la broncho-pneumonie.

Maintenant on peut se demander si on n'éviterait pas mieux les complications pulmonaires en libérant le larynx de haut en bas et en n'ouvrant la trachée qu'au dernier moment au lieu de faire le clivage de bas en haut et de sectionner la trachée de façon précoce. A notre avis cela

n'est pas du tout prouvé, car ainsi que nous le verrons plus loin, le Professeur Moure a opéré, de 1913 à 1920, une série de 19 malades par son procédé et il n'a eu à enregistrer qu'un seul décès par broncho-pneumonie. Cependant dans les cas de tumeur étendue, peut-être la méthode de Glück permet-elle d'assurer une protection plus efficace des voies aériennes et il serait intéressant que des statistiques détaillées fussent publiées par les spécialistes qui emploient ce procédé, afin qu'on pût connaître sa valeur au point de vue qui nous occupe.

Les méfaits de l'infection générale ayant été passés en revue, il nous reste à présent à étudier ceux occasionnés par l'infection locale.

L'un des plus communs est le sphacèle du lambeau cutané. Il est rare, en effet, que la plaie cicatrise par première intention. Les tissus, infiltrés par le liquide anesthésique et plus ou moins contusionnés pendant l'opération, semblent perdre une partie de leur vitalité. Ils se sphacèlent par places, tombent, les sutures se désunissent, mais, dans tous les cas, une antisepsie locale soignée, finit toujours par arrêter ce processus. Sous l'influence, en effet, de pulvérisations antiseptiques et grâce à des pansements fréquents, minutieux, il se fait un bourgeonnement vivace qui arrive à combler toutes les pertes de substance et la réparation se fait si complète qu'après la guérison on est frappé du peu de délabrement de la région où a eu lieu l'intervention.

La grosse transformation qu'on remarque, c'est la disparition de la saillie de la pomme d'Adam et du contour convexe du cou. Toute la région sous-hyoïdienne est en effet représentée, maintenant, par une dépression oblongue limitée sur les côtés par la saillie des sterno-clédo-mastoïdiens, et s'arrêtant en bas au niveau du creux sus-sternal; mais dans cette dépression, les lignes de l'incision cutanée sont si bien cachées dans les plis naturels de la région, qu'on ne les aperçoit point, même chez les malades qui ont subi des plastiques pour fistules œsophagiennes la répara-

tion se fait si bien que c'est à peine si l'on remarque sur le lieu de l'intervention quelques plages dénudées ressemblant à des cicatrices de brûlures et qui marquent les endroits où le bourgeonnement secondaire a remplacé le tissu sphacélé, tombé; mais ces cicatrices ne sont ni exubérantes, ni chéloïdiennes, elles sont souples et les tissus glissent parfaitement sur les plans profonds. Le résultat est donc tout à fait esthétique.

Outre le sphacèle de la peau on a signalé aussi, autrefois, celui du moignon trachéal et la chute de ce dernier dans le thorax. En dénudant le moins possible la trachée et en la suturant soigneusement à la peau, on est arrivé à éviter cette complication et à l'heure actuelle elle a presque disparu. Dans sa pratique, le Professeur Moure ne l'a observée qu'une fois. Nous rapportons, dans l'observation I, l'histoire du malade qui, d'ailleurs, a guéri parfaitement (1).

Un des méfaits les plus habituels de l'infection locale et que l'on n'a pas encore réussi à éviter, c'est la production des fistules œsophagiennes.

Généralement, en effet, les tissus pharyngo-œsophagiens continuellement imbibés par la salive, à l'occasion des mouvements de déglutition ou des efforts de toux, se coupent sur les soies qui assurent leur coaptation et il en résulte des fistules par où passent la salive et les aliments. Mais à cet égard il y a une grosse distinction à faire.

Dans certains cas, soit parce que les conditions locales sont meilleures, ou l'infection atténuée, les trajets formés n'ont qu'une distance éphémère, se forment spontanément, et il suffit de quelques pulvérisations antiseptiques pour que la réparation se fasse rapidement. Tel a été le cas pour les malades des observations IX et X.

Dans d'autres circonstances, au contraire, peut-être conditions locales défectueuse ou infection plus prononcée, les fistules formées n'ont aucune tendance à se fermer sponta-

(1) Une complication rare, semble-t-il, a été observée une fois par le Professeur Moure : la névrite du pneumogastrique qui provoqua des troubles respiratoires et cardiaques auxquels le malade succomba rapidement.

nément et laissent continuellement passer la salive et les aliments qui infectent la plaie et retardent la cicatrisation.

C'est contre des fistules rebelles qu'on a institué divers procédés d'autoplastie. L'un des meilleurs est celui à double lambeau du Professeur Moure, que le Docteur Milhade a bien décrit dans sa thèse. Les résultats en sont généralement excellents et si chez certains malades, comme par exemple dans l'observation VI il a fallu pratiquer plusieurs interventions, on finit toujours, cependant, par venir à bout des fistules les plus rebelles.

Cependant, comme le médecin doit avant tout s'efforcer de prévenir, certains opérateurs pensant que la présence d'une sonde à demeure au niveau de l'œsophage était pour une grande part dans la production des fistules, ont cherché à éviter cet inconvénient en faisant à leurs malades une gastrostomie préalable et en les nourrissant ensuite par la bouche stomacale ainsi créée (Jacod, Helperich, Kocher, Von Hacker).

L'opération se pratique à l'heure actuelle sous anesthésie locale et ne comporte qu'une faible mortalité, 3 % environ. Elle est donc relativement bénigne. Cependant nous pensons qu'elle est inutile, car on doit, avant tout, éviter de diminuer si peu que ce soit la résistance d'un malade à qui on se propose de faire subir une opération importante au niveau du carrefour aéro-digestif. La sonde œsophagienne, à notre avis, est plus inoffensive et suffit parfaitement à assurer l'alimentation des malades. Si certains auteurs lui ont reproché de favoriser la production des fausses routes et des fistules, c'est qu'ils l'introduisent à chaque repas et l'enlèvent ensuite, ou la mobilisent trop souvent. En la laissant, au contraire, en place jusqu'à ce que la cicatrisation soit complète, elle est parfaitement tolérée et n'a aucun des inconvénients qu'on lui a imputés. C'est l'avis du Professeur Moure. C'est aussi celui du Docteur Sébilleau, qui est hostile à la gastrostomie avant la laryngectomie et pense qu'une sonde œsophagienne petite, molle, en caoutchouc vulcanisé,

est incapable de faire le moindre mal et d'aggraver si peu que ce soit les suites opératoires de la laryngectomie. Nous ferons remarquer d'ailleurs, que les partisans de la gastrotomie reconnaissent eux-mêmes qu'elle ne met pas sûrement à l'abri des fistules.

Quoi qu'il en soit, broncho-pneumonie et fistules œsophagiennes, tels sont les deux principaux dangers, d'importance inégale, qui menacent l'avenir immédiat des opérés de laryngectomie totale.

Pour terminer cette étude, nous allons maintenant condenser en un tableau, les résultats opératoires du Professeur Moure.

1° Dans une première période qui s'étend de 1909 à 1913, 15 malades ont été opérés (intervention en un temps); 4 sont morts des suites de l'opération, ce qui fait une proportion de 26 % environ.

2° Dans une deuxième période, qui va de 1913 à 1919, 19 malades ont été laryngectomisés (intervention en deux temps). Un seul a succombé après l'opération, soit un pourcentage de 5 % environ.

3° Enfin dans ces derniers temps, 16 malades ont été opérés (la plupart en un temps). 5 sont morts après l'intervention, soit une proportion de 30 % environ.

Au total nous voyons que sur 50 malades opérés, 10 ont succombé des suites de l'intervention, ce qui fait une mortalité post-opératoire de 20 %.

Tels sont les résultats immédiats de la laryngectomie totale. A notre avis, ils sont encourageants et justifient les indications de l'opération jusqu'au jour où sera découvert un agent thérapeutique permettant de faire mieux encore.



CHAPITRE IV

Les suites éloignées de la laryngectomie

Maintenant que nous connaissons le sort immédiat des laryngectomisés, voyons ce qu'ils deviennent dans l'avenir.

L'année dernière, au X^e Congrès international de laryngologie, le Professeur Moure, arrêtant sa statistique à juillet 1921, indiquait ainsi les résultats définitifs de sa pratique :

2 femmes opérées en 1909.

2 hommes opérés en mars et août 1914 : Restés guéris jusqu'en 1917. Morts tous deux à cette époque de broncho-pneumonie.

3 hommes opérés en juin et juillet 1918 : Deux en parfaite santé; le troisième mort en 1921 de broncho-pneumonie.

3 hommes opérés en 1920 : Encore vivants.

3 hommes opérés en 1921 : Deux bien portants; le troisième mort récemment de broncho-pneumonie.

6 malades ont été suivis pendant quelques mois, puis perdus de vue. Leur sort est donc incertain.

Ces résultats se maintiennent à l'heure actuelle. Nous n'y ajouterons aucun fait nouveau, car un malade opéré en 1922 et survivant, n'a quitté l'hôpital que dans les premiers mois de l'année courante. Son cas est donc trop récent pour être compté, à plus forte raison ceux opérés en 1923. Si nous récapitulons les divers chiffres, nous voyons que sur 50 malades opérés, 40 ont survécu aux suites de l'opération, tandis que 13 ont été guéris définitivement.

Que sont donc devenus la plupart des 40 patients chez qui

les suites de l'opération avaient été bonnes ? Quelques-uns ont succombé à des affections qui n'ont aucun rapport avec le cancer, mais une grande partie a été la proie d'une récurrence de leur mal qui les a emportés dans des délais plus ou moins variables. La récurrence est, en effet, le gros danger qui menace l'avenir des cancéreux opérés et les laryngectomisés n'y échappent pas plus que les autres. Au Congrès de laryngologie de 1922, le Docteur Tapia, de Madrid, signalait sur 75 opérés, 32 récurrences, et dans la pratique du Professeur Moure nous relevons 12 cas de repullulation. Le péril est donc loin d'être imaginaire. Nous connaissons malheureusement trop peu de choses sur la véritable nature du cancer pour savoir exactement à quelles lois obéit la récurrence néoplasique et nous ne pouvons qu'enregistrer les faits. Or, que constatons-nous ?

Chez certains malades la reproduction se fait rapidement et d'une façon extensive. Ainsi un patient opéré en 1915 récidive en moins d'un an. Un autre, opéré en 1916, est de nouveau atteint en 1917. Par contre, chez d'autres, la repullulation se fait moins vite. C'est ainsi que le Professeur Moure a constaté chez un de ses laryngectomisés de 1915, une récurrence lente qui laissait le malade encore vivant en 1917.

Chez 8 des récidivistes la tumeur s'est reproduite sur place; chez les autres, au contraire, ce sont les ganglions qui ont été le siège de la repullulation. Fait à signaler, une fois la métastase s'est faite dans un organe éloigné et c'est dans le tissu hépatique qu'un néoplasme secondaire s'est formé.

En étudiant de plus près les observations, nous dégageons d'autres faits. Ainsi dans 8 cas la tumeur était étendue et dépassait les limites du larynx. Dans 3 cas le cancer était intra-laryngé, mais il y avait un ou deux petits ganglions de pris. Enfin une fois on avait affaire à une forme carcinomateuse.

Pour résumer ces notions nous dirons donc que la récurrence, fréquente, peut être lente ou rapide, précoce ou tar-

dive, se fait généralement sur place ou dans les ganglions, mais parfois elle peut se développer dans un organe distant : nous dirons aussi qu'il apparaît que ce sont les tumeurs étendues, ou ayant déjà infecté le système lymphatique, qui sont le plus sujet à la reproduction. Tous ces faits ne peuvent s'expliquer que par une seule hypothèse : la persistance au niveau du lieu de l'intervention, dans le voisinage ou dans le tissu lymphatique, de cellules cancéreuses qui sous des influences mal déterminées prolifèrent et reconstituent une néoplasie en tout semblable à la première. Malheureusement au moment de l'intervention il n'existe aucun moyen à notre disposition pour savoir si tout le mal a été enlevé et s'il ne reste pas quelque cellule néoplasique qui plus tard se développera. Toutefois, des diverses considérations que nous venons d'exposer, il semble que l'on peut tirer certaines conséquences utiles et capables de nous prémunir dans une certaine mesure contre les récidives.

En premier lieu il appert qu'il faut s'efforcer d'enlever précocement la tumeur quand elle est encore contenue dans la carapace laryngée et n'a pas encore infecté le système lymphatique.

En second lieu, dans les cas où le néoplasme se révèle à l'opération étendu ou que les ganglions sont pris, il faut autant que possible faire l'ablation de toutes les parties malades ou le curage ganglionnaire. Peut-être aussi dans ces cas, en faisant au patient quelques séances post-opératoires de radiothérapie profonde, se mettra-t-on plus sûrement à l'abri des récidives. C'est là une méthode qui est très préconisée à l'heure actuelle, mais qui n'a pas encore acquis droit de cité. Il serait intéressant de l'employer plus souvent qu'on ne le fait, pour tâcher d'en déterminer la valeur exacte. Quoiqu'il en soit, il est peu probable qu'on arrive à empêcher complètement les tumeurs de se reproduire.

Après la récidive, la broncho-pneumonie est un second danger qui menace les laryngectomisés survivants. Quelle est la cause de cette broncho-pneumonie tardive ? Ce n'est

pas une contamination de l'arbre aérien au moment de l'intervention. Plus vraisemblablement, il semble que chez les canulars laryngectomisés pour cancer du larynx, les poumons sont un lieu de moindre résistance; d'autre part ces malades sont âgés, pour la plupart ils ont dépassé la soixantaine. Or nous savons tous combien le vieillard est normalement fragile des bronches et combien il a tendance, au moindre refroidissement, à faire une broncho-pneumonie, souvent mortelle. Il n'est donc pas étonnant alors, d'après ce que nous avons dit plus haut, que les laryngectomisés canulars soient plus fragiles que tout autre et paient un lourd tribut à la redoutable complication pulmonaire.

De fait, quatre des survivants du Professeur Moure ont péri de cette complication. Nous le voyons donc, le malade est loin d'être guéri et hors d'affaire au moment où il quitte l'hôpital. Aussi le devoir du chirurgien est-il de lui donner de nombreux conseils sur son genre de vie ultérieure, et surtout lui inculquer cette notion : c'est qu'il doit veiller avec un soin jaloux sur ses poumons et éviter, en hiver surtout, toute imprudence, tout refroidissement.

Reprenant maintenant notre statistique et résumant cette étude, nous ferons remarquer que, sur les 50 opérés du Professeur Moure, 13 ont été guéris définitivement (soit environ 30 %) et ont survécu, 4, 5, 6 ans, les plus anciens 14 ans. Ce sont là, croyons-nous, des résultats encourageants. Nous pensons d'ailleurs qu'en sélectionnant les cas, surtout en intervenant tôt, on peut encore mieux. De fait, certains opérateurs, tel Glück (1), tel Tapia ou Mac Kenty, signalent plus de 50 % de succès définitifs. C'est beaucoup plus qu'à l'heure actuelle ne donnent les agents physiques, car dans des publications récentes, le docteur Sargnon (2) re-

(1) Statistique de Glück (1913) : 186 cas, 56 % de guérisons définitives.
Statistique de Tapia (1922) : 75 malades opérés de 1908 à 1919, 43 vivants.
Statistique de Mac Kenty (1922) : 70 cas, 66 % de guérisons. (*Annals of otology*, décembre 1922).

(2) SARGNON. *Archives internationales de laryngologie*, novembre 1923. Voir aussi GIROD, thèse de Lyon, 1922; LORRET, thèse de Lyon, 1920.

connait n'avoir obtenu que 3 guérisons sur 20 cas (la plupart extrinsèques, il est vrai) traités par le radium, ce qui fait à peine une proportion de 15 %; aussi nous pensons que la laryngectomie totale reste indiquée contre le cancer du larynx jusqu'au jour où l'on aura découvert un remède spécifique ou que le radium et les rayons X auront fait de meilleures preuves et seront assez perfectionnés pour détruire à la fois le mal et toute possibilité de récurrence.



CHAPITRE V

La parole chez les laryngectomisés

Une des considérations que les adversaires de la laryngectomie totale invoquent le plus contre elle, c'est qu'elle est une opération mutilante qui prive désormais le patient de l'usage de la parole et en fait une sorte de paria de la société. Morell-Mackenzie lui-même consulté par le prince Frédéric de Prusse, lui avait répondu « que cette opération (la laryngectomie totale) offrait peu de chances de succès et que les conditions de l'existence, après qu'elle aurait été pratiquée, devenaient des plus pénibles. En effet, ajoutait-il, non sans quelque amertume le malade est presque complètement rejeté en dehors de la société de ses semblables et il doit se nourrir d'une façon si difficile que la suffocation est constamment à craindre et que la mort arrive fréquemment par suite d'inanition. »

Bien que ces paroles ne soient plus tout à fait vraies, nous reconnaissons que la laryngectomie est une opération importante, mais n'y sommes-nous point habitués en thérapeutique cancéreuse ? Et les chirurgiens hésitent-ils, pour sauver leurs malades, à pratiquer un Halsted ou un Wertheim ?

Mais, pour revenir à la question de la perte de la parole, il nous semble que les adversaires de la laryngectomie envisagent les faits d'une façon un peu inexacte. Ils oublient, en effet, que les cancéreux du larynx, au moment où ils arrivent au spécialiste, souffrent de douleurs fort vives; d'autre part, ils sont pour la plupart atteints d'une telle

dysphonie et tout effort de parole est généralement si pénible que, pratiquement, ils font à peine usage de leur voix.

Mais même, en dehors de ces considérations, leur sort après l'opération est loin d'être aussi triste que le disait Mackenzie. Il y a bien longtemps, en effet, que les malades, par leur ingéniosité, ont suppléé à la perte de l'organe vocal et qu'ils ont inventé cette chose étonnante qu'est la voix pharyngienne.

C'est en 1893 que, pour la première fois, Hans Schmidt présenta à des confrères un laryngectomisé qui parlait sans le secours d'un appareil, alors que nulle communication n'existait entre les voies aériennes et les voies digestives. La chose surprit fort alors, mais bientôt de nouveaux cas furent publiés par Solis-Cohen, Carmalt. Tout dernièrement ce phénomène a été bien étudié par MM. Rouget et de Parrel (1) dans un bel article auquel nous renvoyons pour les détails.

A l'heure actuelle beaucoup de laryngectomisés arrivent à s'exprimer de façon compréhensible sans l'aide d'aucun appareil, et nous pensons que la plupart peuvent obtenir ce résultat. C'est une question de volonté et d'éducation relativement facile à réaliser. Nous avons eu l'occasion ces jours-ci de voir deux des opérés du Professeur Moure. Ils arrivent à se faire très bien comprendre. Nous reconnaissons certes, que ces malades ont perdu la chanson du langage aux intonations si souples et si variées. Leur parole est monotone, saccadée, sans grande portée, ils doivent faire souvent des pauses pour se réapprovisionner d'air, mais enfin de près on les entend fort convenablement et ils peuvent mener une vie sociale normale ou presque, reprendre même leur ancienne profession, à condition bien entendu que celle-ci n'exige pas l'usage constant de la voix.

Cependant on a cherché à faire mieux encore et il y a bien longtemps qu'on a essayé de munir les laryngectomisés d'appareils leur permettant de parler à voix haute et de fa-

(1) ROUGET et DE PARREL. Voir Index bibliographique.

çon aussi souple, aussi agréable que l'homme normal, de chanter même.

Nous ne citerons que pour mémoire les anciens dispositifs qui utilisaient la communication existant après l'opération entre les voies aériennes et les voies digestives. Depuis que les parois pharyngo-œsophagiennes sont suturées, on a créé divers appareils dont le principe est le suivant : « L'air des poumons est envoyé au moyen d'un tube de caoutchouc dans un larynx artificiel extérieur, dont la partie principale est une membrane ou une anche vibrante. Le son qu'émet la membrane est conduit par un nouveau tube en caoutchouc à l'intérieur de la bouche où grâce aux mouvements des lèvres surtout, il est modulé, transformé en parole. » Ces larynx artificiels sont pour la plupart assez compliqués. L'un des plus ingénieux et en même temps des plus simples, est celui du Docteur Tapia. Tout dernièrement il a été essayé chez un des opérés du Professeur Moure et déjà, après deux séances, le malade, très intelligent, en obtenait des résultats intéressants. Nous sommes persuadés qu'à l'usage il arrivera à s'entraîner de telle façon qu'il pourra se servir de la parole aussi couramment et à volonté comme un homme normal.

Les larynx artificiels rendent donc de précieux services et nous pensons que grâce à eux et à la voix pharyngienne, le problème de la parole chez les laryngectomisés est résolu et de façon satisfaisante. Ainsi disparaît une des plus grosses objections qu'on faisait à la laryngectomie totale.

Nous ajouterons d'ailleurs, que les malades qui ne sont pas assez intelligents pour s'éduquer et réussir à parler, ou ceux qui ne portent pas d'appareil, s'expriment très bien par gestes, par les mouvements des lèvres, par l'écriture enfin, et qu'ils ne trouvent point du tout leur sort misérable, ainsi que nous l'a affirmé l'un d'eux qui, au contraire, était très heureux d'être débarrassé de son mal qu'il savait être un cancer.

Pour terminer nous dirons que nous avons revu dernière-

ment quelques-uns des opérés du Professeur Moure. Ils sont en excellente condition.

Ils ont tous engraisié, repris bonne mine. Ils exercent leur ancienne profession (sauf un qui était voyageur de commerce et qui a dû changer de métier); ils mènent une vie sociale presque normale et sont heureux. Aussi devant de pareils succès nous n'avons pu nous empêcher de remarquer que l'opération qui donne de tels résultats, ne mérite pas l'opprobre dont on a voulu charger la laryngectomie totale.

CONCLUSIONS

De l'étude des observations et des statistiques que nous avons publiées, nous nous pensons autorisé à conclure que :

1° La laryngectomie totale, grâce à de nombreux perfectionnements de la technique, est, à l'heure actuelle, une opération certes importante, mais dont les résultats se sont beaucoup améliorés dans ces quinze dernières années.

2° Le pronostic tant immédiat qu'éloigné de l'opération, présentement satisfaisant, peut l'être davantage encore par une sélection plus sévère des cas et par une collaboration plus étroite entre le médecin praticien et le spécialiste. Celui-là envoyant le plus tôt possible à celui-ci les malades qu'il soupçonne atteints d'un cancer du larynx.

3° Les résultats donnés par les agents physiques sont pour le moment très inégaux et inférieurs à ceux obtenus par l'intervention chirurgicale. Nous pensons donc que la laryngectomie totale est indiquée comme moyen thérapeutique pratique contre le cancer du larynx.

Nous ne voulons cependant point préjuger de l'avenir. Nous connaissons, en effet, les progrès chaque jour plus sensibles accomplis par les agents physiques (radium et surtout rayons X). Peut-être dans un avenir pas très éloigné arriveront-ils à détrôner le bistouri du chirurgien, mais, nous le répétons, à l'heure actuelle, le cancer du larynx dans les conditions que nous avons fixées, c'est-à-dire surtout dans sa

forme intrinsèque, est justiciable de la laryngectomie totale, quitte à parfaire la cure par des applications post-opératoires de radium ou de rayons X.

VU, BON A IMPRIMER :

Le Président :

MOURE.

VU :

Le Doyen :

C. SIGALAS.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Bordeaux, le 3 décembre 1923.

Le Recteur de l'Académie,

F. DUMAS.

BIBLIOGRAPHIE.

- BÉRARD. — Rapport au Congrès de la Société française de laryngologie, Paris, 1914.
- BÉRARD, SARGNON et BASSIÈRE. — Contribution à l'étude de la laryngectomie. (*Archives internat. de laryngologie*, mars-avril 1914 et juin.)
- BEESTON. — Un cas d'extirpation du larynx suivie de guérison. (*The Australian Med. Gazette*, juin -897.)
- BERGMANN. — Présentation d'un malade opéré depuis trois ans, d'une extirpation totale du larynx sans trace de récurrence. (*Deutsch. Med. Zeitung*, n° 30, 18 avril 1888.)
- BEVACQUA. — Laryngectomie pour cancer. (*Policlinico*, Rome, août 1914.)
- BIONDO. — Laryngectomie totale pour carcinome. (*Gaz. degli ospedali*, n° 60, Milan, 19 mars 1901.)
- BOTEY. — Quatre cas d'extirpation du larynx sous anesthésie locale. (*Arch. de rhinol, laryngol y otol.*, mai 1915.)
- La laryngectomie dans le cancer du larynx. (*Archives intern. de laryngologie*, 1914.)
- BUYS. — Laryngectomie pour épithélioma, sans récurrence depuis 15 mois.
- Présentation d'un sujet laryngectomisé il y a 7 ans, pour épithélioma. (*La Policlinique*, 1913, n° 7.)
- BRAUN. — Extirpation totale du larynx. Articulation de la parole avec un sous-larynx. (*Deutsch. Med. Woch.*, n° 15, 1901.)
- BRISTOW. — Laryngectomie pour cancer. (*Medical Record*, 24 mars 1900.)

- CHARTER SYMONDS (I.). — Laryngectomie totale. Indications, résultats. (*Journal of laryngology*, septembre 1920.)
- Une note sur les quatre plus anciens cas de laryngectomie totale. (*Presse Médicale*, 1920.)
- CAPART. — Présentation d'une laryngectomie pour épithélioma, guéri depuis 7 ans $\frac{1}{2}$. (Congrès belge, 26 juillet 1913.)
- CAMPONALTO. — Laryngectomie totale. (*Centralblatt für Chir.*, 1892, n° 13.)
- CASTETS. — La laryngectomie totale dans le service de M. le Professeur Jeannel. (Thèse de Toulouse, 1910.)
- CAUZARD. — Réflexions sur quatre cas de laryngectomie totale. (*Annal. des maladies de l'oreille*, n° 8, août 1905.)
- CISNÉROS, CORTES (Antoine de). — Laryngectomie totale pour tumeur maligne. Suites heureuses et de longue durée. (*Bull. delle mal. dell orecchio*, n° 10, octobre 1903.)
- Cinq cas de laryngectomie. (*Rev. espanol de laringol.*, n° 2, 1910.)
- CRILE. — Laryngectomie pour cancer. (*The Laryngoscope*, décembre 1912; *Annals of Surgery*, août 1913.)
- DELAN. — Cas de laryngectomie complète. (Acad. de médecine de New-York, 21 février 1894.)
- FALGAR (V.). — Autoplastie chez les laryngectomisés et résultats de la laryngectomie totale. (*Gaceta Medica Balear*, 11 janvier 1917.)
- Laryngectomie et radium dans le cancer du larynx. (*Revista esp. de laringologie*, nov.-déc. 1919.)
- FODERL. — Résultats éloignés de l'extirpation du larynx. (*Semaine Médicale*, décembre 1902, n° 51.)
- FROSCHELS. — Extirpation du larynx pour cancer : Le malade parle avec une voix pharyngienne. Société de médecine autrichienne, 9 janvier 1914.)
- GANDELA (F. Antoli). — L'extirpation totale du larynx. (*Rev. esp. de laring., otol. y rinol.*, septembre 1917.)
- GAULT. — Sur un cas de laryngectomie totale pour cancer du larynx. (*Arch. de laryngol.*, janvier-février 1910.)

- GERMAIN. — Laryngectomie pour cancer du larynx. (*J. of the Amer. Assoc.*, n° 15, 9 avril 1904.)
- GIBERT. — Résultats éloignés d'une laryngectomie totale pour cancer. (*Presse Médicale*, 25 octobre 1913.)
- GRAF. — De la guérison durable du carcinome du larynx par l'extirpation. (Compte rendu du 26^e Congrès de la Société de chirurgie allemande. *Arch. heb. de laryngol.*, n° 26, juin 1897.)
- Résultats définitifs de l'extirpation du larynx pour carcinome. (*Semaine Médicale*, n° 20. 1897.)
- GORIS. — Présentation de quatre opérés de tumeur maligne et guéris depuis plusieurs années. (Communication au 27^e Congrès de la Société belge de laryngologie, 10 juillet 1921.)
- HARVEY. — Six cas de laryngectomie. (*The Lancet*, Londres, 21 septembre 1901.)
- HAHN. — Présentation de malades extirpés du larynx. (*Berlin. Klin. Woch.*, n° 5, 1888.)
- HAENDSCHKE. — Statistique de la résection de l'œsophage et du larynx en cas de carcinome. (Thèse Breslau, 1912.)
- HOFFA. — Conséquences de l'extirpation du larynx avec présentation de malades. (*Physik Med. Pesells.*, Wurzburg, B. VII.)
- HOULIÉ. — Des accidents nerveux au cours de la laryngectomie. (Soc. de méd. de Paris, 18 mars 1914.)
- Quelques réflexions sur la nature des accidents nerveux au cours de la laryngectomie et après elle. Leur traitement. (*Arch. int. de laryngol.*, 1914, n° 3.)
- HUBBARD. — Cas de laryngectomie. (Acad. de médecine de New-York, 28 février 1894.)
- HERNENDEZ. — Considérations sur le traitement du cancer du larynx. (*Rev. esp. de laring.*, 1919.)
- HOWARTH (W.). — Laryngectomie totale (*The Journal of laryngology*, juin 1919.)

- JABOULAY. — Laryngectomie totale. Résultats éloignés. Larynx artificiels. (Soc. nation. de Méd. de Lyon, 22 juillet 1901.)
- JEANNEL. — Epithélioma du larynx. Laryngectomie totale. Guérison. Résultats éloignés. (*Arch. méd. de Toulouse*, 15 juin 1895.)
- JACOD. — Sur la technique opératoire et le pronostic éloigné de la laryngectomie pour cancer du larynx. (*Lyon Médical*, 21 août 1921.)
- JIMENEZ (Encimas). — La phonation chez un laryngectomisé. (*C. R. de l'Acad. méd. chir. espagnole*, 14 avril 1921.)
- KOCHLER. — De 24 extirpations du larynx faites depuis 1876 à la clinique chirurgicale de Bardelebens. (*Deutsch. Zeit. für chirurg.*, 1887.)
- KRAUS (E.). — Statistique des extirpations du larynx. (*All. Wien. Med. Zeitung*, 15 avril 1890.)
- LANDOIS et STRUBEING. — Recouvrement de la voix dans un cas d'extirpation totale du larynx. (*Arch. für Klin. chir.*, 38, I.)
- LE BEC. — Laryngectomie. (*Annales des maladies de l'oreille*, n° 10, octobre 1905.)
- MACKENZY (J.-A.). — Laryngectomie avec très bon résultat vocal. (*Bulletin d'oto-rhino-laryng.*, mai 1920.)
- MOLINIÉ. — Considérations sur la laryngectomie. (*Le Larynx*, juin 1914.)
- MILHADE. — Autoplasties œsophagiennes consécutives à l'ablation du larynx. (Thèse Bordeaux, 1922.)
- MONGOUR. — De la laryngectomie. Indications. Contre-indications. Thèse de Bordeaux, 1890.)
- MOURE. — Considérations cliniques sur la laryngectomie. (*Revue hebdomadaire de laryng.*, 7 décembre 1907.)
- MOURE et CANUYT. — Laryngectomie pour tumeurs malignes. (*Journal de Médecine de Bordeaux*, 19 juillet 1914.)
- Quatre cas de laryngectomie dont trois totales et une partielle. (Soc. de méd. de Bordeaux, 10 juillet 1914.)

- MOURE et PORTMANN. — Technique opératoire de la laryngectomie totale. (*Presse Médicale*, juillet 1921.)
- MOURE. — Rapport au X^e Congrès français d'oto-rhino-laryngol. (Paris, juillet 1922.)
- POWERS. — Excision du larynx. Six cas non rapportés jusqu'ici avec l'analyse de 300 cas réunis dans la littérature. (*Medical Record*, 23 mars 1895.)
- RÉAL. — De la laryngectomie totale dans le cancer du larynx. (Thèse de Paris, 1904.)
- SANTIUSTE (J.). — Remarques sur quelques cas d'extirpation totale du larynx. (*Arch. intern. de laryngologie*, 1913. n^o 3.)
- SCHLUMBERGER. — Survie de onze ans dans un cas de laryngectomie totale pour affection d'apparence maligne du larynx. (*Gaz. Med. de Strasbourg*, janvier 1908.)
- SÉBILEAU (P.). — Laryngectomie totale extemporanée mixte. (Soc. de chir., *Presse Médicale*, 1917.)
- De l'extirpation totale du larynx pour cancer. (Soc. de chir., 9 février 1910; *Gazette des hôp.*, février 1910.)
- Laryngectomie totale et larynx artificiels. (Société de chirurgie, 1904.)
- Présentation d'un laryngectomisé parlant. (Société de chirurgie, 20 janvier 1907.)
- ROUGET. — La laryngectomie dans le cancer du larynx. (Thèse de Paris, 1921.)
- ROUGET et DE PARREL. — La parole sans larynx. (*Revue de laryngologie*, 15 mai 1920.)
- SYME. — Ablation du larynx pour tumeur maligne. (Soc. royale de médecine de Londres; *Revue de laryng.*, 15 septembre 1920.)
- TIXIER. — Laryngectomie totale pour cancer du larynx. (*Lyon Médical*, 28 avril 1912.)
- VILLAR. — Laryngectomie totale pour cancer du larynx. (*Journal de Médecine de Bordeaux*, 1893.)

VIRCHOW. — Des résultats de l'extirpation complète du larynx.
(*Semaine Médicale*, n° 39, 1894.)

ZEZAS. — Des résultats obtenus jusqu'à ce jour dans les cas d'extirpation du larynx. (*V. Laugenb. Arch.*, xxx, 13.)



